LE

DÉCUBITUS ACUTUS

POST-OPÉRATOIRE

EN GYNÉCOLOGIE

Apibus fructum restituo suum.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............. DOYEN
TRUC........................ ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — M. VALLOIS (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻).
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. LECERCLE	MM. PUECH	MM. VIRES.
BROUSSE	VALLOIS	L. IMBERT.
RAUZIER	MOURET	VEDEL.
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU.
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL.

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. FORGUE, *président.*
ESTOR
L. IMBERT
JEANBRAU

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 66

LE DÉCUBITUS ACUTUS POST-OPÉRATOIRE EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 25 JUIN 1904

PAR

Dominique JOLIEU

Né à Laroque-d'Olmes (Ariège)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

HAMELIN FRÈRES

1904

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

D. JOLIEU.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR E. JOLIEU

Mon guide et mon modèle.

D. JOLIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. FORGUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. JEANBRAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ

D. JOLIEU.

INTRODUCTION

La Société de chirurgie a récemment, à propos d'une communication de M. Vanverts (de Lille), discuté la pathogénie d'une complication post-opératoire encore mal connue : nous voulons parler du décubitus acutus qui succède aux interventions gynécologiques.

Cette complication est caractérisée par la production rapide d'une eschare dans la région sacrée ou les régions fessières, absolument semblable dans sa physionomie clinique à celle du décubitus acutus des grandes infections ou des graves lésions cérébrales et médullaires.

Elle n'en diffère que par son évolution favorable, qui se termine, presque toujours, par la guérison au bout de quelques semaines.

Cette complication fut signalée sans grands détails, d'abord par Terrier et Hartmann en 1892, après une hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus, puis par Baudron dans sa thèse de 1894 sur le *Traitement des lésions bilatérales des annexes par l'hystérectomie vaginale* ; elle fut étudiée ensuite par Legueu, qui en fit l'objet d'une intéressante communication au Congrès de gynécologie de Bordeaux, en 1895, et

par Segond qui, en 1897, dans la *Revue de chirurgie abdominale* publia le résultat de son expérience à ce sujet. La thèse de Thésée, parue à Paris en juillet 1897, réunissait les quelques observations publiées à cette époque et attirait l'attention des chirurgiens sur cette complication qui n'avait jamais été signalée jusqu'alors, parce qu'on la considérait probablement comme un accident imputable à la septico-pyohémie.

Le récent mémoire de M. Vanverts, qui a réuni 10 cas de décubitus acutus après des opérations gynécologiques et a fort judicieusement exposé et discuté les principales opinions émises au sujet de la pathogénie de cette affection, a rappelé à notre maître, M. le professeur Forgue, un cas de ce genre, observé dans son service en 1899. C'est d'ailleurs le seul qu'il ait eu l'occasion de voir après les nombreuses interventions qu'il a exécutées par la voie vaginale. Il s'agissait d'une jeune femme, qui entra dans son service pour une métrite hémorragique et une déchirure du périnée. Le 15 décembre, M. le professeur Forgue pratiqua chez cette malade un curettage énergique et une colopérinéorrhaphie par le procédé d'Hégar. Les trois premiers jours la température resta aux environs de 37° et la malade ne se plaignit d'aucune douleur. Mais le quatrième jour, en enlevant le pansement qu'une selle avait souillé malgré l'ingestion quotidienne de 10 cent. d'opium, on s'aperçut de l'existence d'une vaste plaque d'érythème dans la région sacrée. Il se forma les jours suivants une eschare profonde, qui finit toutefois par guérir à l'aide de pansements antiseptiques.

Le cas recueilli par M. Jeanbrau, alors chef de clinique de M. le professeur Forgue, et que nous rapportons *in extenso*, est le point de départ de ce modeste travail. Il est d'ailleurs le seul que nous ayons pu retrouver de décubitus acutus survenu après une colpopérinéorrhaphie

A cette observation, M. Jeanbrau en a ajouté deux autres, l'une qui lui a été donnée par son ami le docteur Lambret (de Lille), et la seconde qu'il doit à M. le docteur Michel (de Nancy), la première concernant une hystérectomie vaginale, la seconde une hystérectomie abdominale.

Ces trois observations, encore inédites, ont été pour nous l'occasion de réunir celles qui ont déjà été publiées et d'en faire une courte étude d'ensemble. Nous avons pris soin de rapporter très fidèlement les diverses interprétations qui ont été données de cette cette complication par MM. Legueu, Segond, Picqué, Vanverts, et ce modeste travail n'a d'autre but que de réunir dans une revue générale les données actuelles sur la question.

Voici notre plan :

Dans le premier chapitre, nous examinons les divers facteurs étiologiques du décubitus acutus post-opératoire.

Dans le second, nous en rappelons les caractères cliniques et l'évolution.

Dans le troisième, nous exposons les théories pathogéniques émises par les différents auteurs pour expliquer la production de cette complication.

Nous terminons en donnant quelques indications sur le traitement.

Avant de quitter cette Faculté, nous sommes heureux de proclamer le bienveillant accueil que nous y avons reçu lors de notre arrivée. Tous les maîtres que nous y avons trouvés ont droit à notre reconnaissance, et particulièrement M. le professeur E. Forgue, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse; M. le professeur agrégé Jeanbrau, pour les conseils qu'il nous a prodigués dans la rédaction de ce travail et pour la grande part qu'il a prise à notre éducation chirurgicale.

LE

DÉCUBITUS ACUTUS

POST-OPÉRATOIRE

EN GYNÉCOLOGIE



ÉTIOLOGIE

Il arrive quelquefois d'observer chez la femme, à la suite d'interventions chirurgicales, la formation rapide d'eschares sacrées ou fessières, véritable décubitus acutus post-opératoire.

Le décubitus acutus dont nous parlons a été observé non seulement à la suite d'hystérectomies vaginales ou abdominales, mais encore à la suite d'ovariotomies, de symphyséotomies, d'ischio-pubiotomies, de colpopérinéorrhaphies, voire même à la suite d'extirpations du sein (Bué).

Cette complication paraît très rare; mais il est permis de croire, qu'en réalité, elle est plus fréquente que ne le disent

les auteurs, parce que toutes les observations ne sont pas publiées.

« Beaucoup de chirurgiens, en effet, considérant le décubitus acutus post-opératoire comme un accident dépourvu d'intérêt n'ont pas cru utile d'attirer l'attention sur lui. Ils ont même omis bien souvent de noter son existence dans leurs observations. C'est ainsi qu'on ne le trouve indiqué dans aucun des 274 cas d'hystérectomie qui forment la statistique publiée par Richelot dans son ouvrage sur l'*Hystérectomie contre le cancer et les affections cancéreuses*. Or cet auteur a autorisé Thésée à publier que sur 625 opérations il avait vu cinq ou six fois la production d'eschares, mais qu'il considérerait cet accident comme banal et non imputable à l'hystérectomie elle-même. »

M. le professeur Forgue, de son côté, nous affirme n'avoir observé que trois fois cette même complication au cours de sa longue pratique; l'eschare est apparru deux fois à la suite d'hystérectomie vaginale, une autre fois à la suite d'une colpopérinéorrhaphie (observation I de cette thèse).

Depuis que l'attention a été attirée sur ce fait, les cas de décubitus acutus ont été notés plus soigneusement, et un nombre assez considérable d'observations a pu être recueilli. Nous en avons réuni trente-deux ; elles se trouvent groupées à la fin de ce modeste travail, et résumées en un tableau d'ensemble comprenant les indications bibliographiques, l'âge de la malade et la nature de la maladie, l'opération et les circonstances heureuses ou pénibles qui l'ont entourée, la date de l'apparition de l'eschare, son siège, son étendue et sa profondeur, son traitement et enfin le délai qu'à nécessité sa guérison.

Ces trente-deux observations se répartissent comme il suit :

Après hystérectomie vaginale...	Six cas de Baudron. Six cas de Segond. Cinq ou six cas de Richelot. Deux cas de Legueu. Un cas de Lambret.
Après hystérectomie abdominale.	Un cas de Michel.
Après une cure radicale d'éventration..........................	Un cas de Vanverts.
Après hystéropexie abdominale.	id.
Après une ovariotomie.........	Un cas de Tillaux. Un cas de Nicaise.
Après curettage et colpopérinéorrhaphie.................	Un cas de Jeanbrau.
Après l'opération d'appendicite..	Un cas de Potel.
Après symphyséotomie.........	Dix cas de Michel.
Après extirpation du sein.......	Un cas de Bué, dont l'observation n'a pas été rédigée.

Notons que les 6 cas de Baudron correspondent à un total de 200 hystérectomies vaginales ; les 6 cas de Segond à un total de 542 hystérectomies vaginales ; les 5 ou 6 cas de Richelot à un total de 625 opérations.

C'est dire combien est rare cette complication gênante mais peu grave des opérations chirurgicales pratiquées dans la zone génitale de la femme.

L'âge ne paraît d'ailleurs pas exercer d'influence sur son développement. Si nous nous rapportons au tableau synoptique des observations, nous voyons que c'est à l'âge moyen de la vie que le décubitus acutus apparaît plus fréquemment :

De 19 à 30	13 cas
De 30 à 40	12 —
De 40 à 60	3 —

Il est juste de faire remarquer que c'est pendant la période active de la vie de la femme, pendant la période génitale, que le chirurgien est le plus souvent appelé à intervenir. Il n'est donc pas étonnant que les décubitus acutus soient plus nombreux à cette époque que plus tôt ou plus tard. L'âge n'a donc pas d'influence sur le développement du décubitus acutus post-opératoire.

Quant à la nature de la lésion qui a motivé l'intervention, elle paraît jouer un rôle plus important; à cet égard, le cancer semblerait favoriser le développement de l'eschare. C'est du moins le résultat qui se dégage de la lecture des observations. En effet les 200 hystérectomies vaginales sur lesquelles Baudron n'a observé que 6 cas de décubitus furent pratiquées pour fibromes ou lésions inflammatoires des annexes. Les 18 hystérectomies vaginales sur lesquelles MM. Terrier et Hartmann ont noté cinq fois le décubitus furent pratiquées pour cancer de l'utérus. Il n'y a donc pas de doute à ce sujet pour ceux qui sont esclaves des chiffres. Mais les statistiques n'ont, selon nous, qu'une valeur relative, surtout en cette matière, et nous trouvons sage de ne pas conclure.

La durée de l'affection a-t-elle une action plus réelle? Nous ne le croyons pas, bien que sur le nombre des malades dont nous avons recueilli les observations, seule celle qui fait l'objet de l'observation IV, présentât des lésions de date relativement récente. Toutes les autres, en effet, furent opérées pour des lésions anciennes.

La conclusion qui se dégage de ce rapide coup d'œil jeté sur l'étiologie du décubitus acutus pos-opératoire c'est qu'il constitue une complication rare, quoique plus fréquente que ne semblent le dire les auteurs; qu'enfin l'âge des malades, la gravité et la durée de leur affection ne paraissent pas exercer d'influence notable sur son développement.

ÉTUDE CLINIQUE

Le décubitus acutus post-opératoire, disent les auteurs, apparaît rapidement et évolue de même. La formation rapide de l'eschare est hors de doute ; quant à la rapidité d'évolution d'une affection qui met un mois et demi, deux mois et même trois mois à guérir, elle nous paraît toute de convention ; et si les malades qui en ont souffert, même les plus résignés, étaient interrogées à ce sujet elles n'admettraient probablement pas cet euphémisme. Du reste, voici ce que nous apprennent les observations.

L'eschare est apparue :

1 fois le	. . . . .	2e jour
5 —	. . . . .	3e —
3 —	. . . . .	4e —
5 —	. . . . .	5e —
4 —	. . . . .	6e —
2 —	. . . . .	7e —
1 —	. . . . .	12e —

Quant au délai de guérison, il est en moyenne de un mois à un mois et demi ; mais il peut varier de quinze jours à trois mois ; il a été :

3 fois de	. . . .	15 jours

1 fois de	. . . . .	20 jours
1 —	. . . . .	25 —
5 —	. . . . .	1 mois
2 —	. . . . .	25 jours
2 —	. . . . .	45 —
1 —	. . . . .	47 —
1 —	. . . . .	7 semaines
1 —	. . . . .	55 jours
2 —	. . . . .	2 mois
1 —	. . . . .	3 —

trois fois la mort a eu lieu avant la cicatrisation de l'eschare.

Voilà les faits.

Cette eschare si douloureuse siège le plus souvent sur les côtés de la crête sacrée ou sur les fesses. Elle débute par une plaque érythémateuse dont la dimension varie entre celle d'une pièce de cinq francs en argent et celle de la paume de la main : ses contours sont plus ou moins réguliers ; elle s'accompagne d'une tuméfaction notable du derme et des parties sous-jacentes.

L'élévation de la température et une certaine altération de l'état général marquent d'ordinaire le début de la formation de l'eschare. Les diverses phases de l'escarification se déroulent ensuite suivant leur marche habituelle. Des bulles à contenu louche apparaissent sur la plaque érythémateuse primitive, puis dans l'espace de trois à six jours, en moyenne, l'eschare proprement dite se constitue définitivement, intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os ou seulement une partie de celles-ci.

Mais en dépit des lésions parfois si étendues et si profondes, la guérison survient, bien qu'un peu plus tard, et la

réparation de la plaie se fait presque toujours sans encombre.

C'est dire que si le décubitus acutus consécutif aux opérations gynécologiques est un accident fâcheux, il n'en demeure pas moins une complication sans gravité, comme l'a écrit M. Segond.

PATHOGÉNIE

C'est le mécanisme suivant lequel se produisent ces lésions appelées décubitus acutus que nous devons maintenant essayer de comprendre et d'expliquer.

Les chirurgiens ont proposé dans ce but plusieurs hypothèses. Ce sont : 1° la théorie nerveuse ; 2° la théorie infectieuse ; 3° la théorie de la prédisposition.

I. — Théorie nerveuse

« Cette eschare sacrée, dit Baudron, est fort probablement un trouble trophique comparable au décubitus acutus d'origine spinale, dont la cause réside dans une irritation du plexus sacré, soit par pincement, soit par arrachement. » « En effet, comme le dit Charcot, il est permis de supposer que les irritations pathologiques développées sur un nerf sensitif, soit à son origine centrale soit sur un point de son trajet, retentissant dans la direction centrifuge jusqu'à l'extrémité terminale des filets nerveux, c'est-à-dire dans les papilles du derme ou encore dans l'épaisseur du réseau muqueux, pourront, dans certains cas, provoquer là un travail phlegmasique. »

M. Legueu adopte la même théorie. Cet auteur a vu le décubitus aigu survenir à la suite de deux hystérectomies vaginales qu'il avait pratiquées, l'une chez une femme de

vingt-deux ans, pour une suppuration pelvienne bilatérale consécutive à un accouchement remontant à dix-huit mois, l'autre chez une femme de quarante ans, pour un volumineux fibrome pelvien.

1° *La compression ne peut être incriminée.* — Quelle est la raison de ces eschares se demande M. Legueu ? La compression des parties molles entre le squelette et le plan du lit, pendant l'opération, ne pourrait-elle être incriminée ? Non, dit-il, « cette hypothèse n'est pas soutenable, car lorsqu'on prend la précaution de faire relever les jambes par deux aides, la région du sacrum se trouve élevée au-dessus du plan du lit et ne subit aucune compression.

2° *Il ne s'agit pas d'une infection* — Mais peut être s'agit-il d'accidents infectieux ? Pas d'avantage, car dans aucun des deux cas observés, l'auteur n'a vu les signes d'une infection opératoire. « L'élévation de la température a suivi la chute de l'eschare, mais les accidents fébriles n'existaient pas avant. »

3° *Il s'agit d'une névrite périphérique d'ordre traumatique.* — Puisque la compression ni l'infection ne sont en cause, il faut admettre qu'il s'agit ici d'eschares trophiques dues à l'irritation des nerfs du petit bassin : « sous l'influence seule de l'acte opératoire ». Ce qui tendrait à le prouver, c'est que la nature de l'affection qui a nécessité l'opération ne semble jouer aucun rôle dans la production de l'eschare. En effet, continue M. Legueu, « une de mes malades avait des suppurations pelviennes, l'autre avait un fibrome ; je connais des cas d'hystérectomie pour cancer qui furent suivis d'eschare ».

M. Legueu invoque alors, pour expliquer l'apparition du décubitus acutus, les conditions qui ont présidé à l'opération. Dans les deux cas que nous avons relatés, l'intervention fut

longue et laborieuse. M. Legueu pense que c'est « aux manœuvres pénibles qu'il dut exécuter, à l'influence irritative qu'elles exercèrent sur les nerfs de l'excavation, qu'est due la production de l'eschare. »

En résumé « l'eschare est produite par l'irritation et le tiraillement des nerfs ; c'est un trouble trophique. »

Discussion. — L'explication proposée par M. Legueu est très vraisemblable. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire les réflexions suivantes :

1° *N'y a-t-il pas eu compression post-opératoire ?* — M. Legueu affirme qu'il n'y a pas eu de compression tout le temps qu'a duré l'opération. D'accord avec lui nous mettons ce facteur hors de cause. Mais cette compression évitée avec soin pendant l'intervention chirurgicale n'a-t-elle pu se produire lorsque la malade a été replacée dans son lit et immobilisée dans le décubitus dorsal ? M. Legueu ne nous dit pas si des précautions furent prises alors pour empêcher le contact direct du sacrum et des fesses avec le plan du lit ; il ne nous dit pas si, l'acte opératoire accompli, les lieux d'élection de l'eschare furent préservés par l'application de poudres inertes ou par la supposition d'un coussin à air. C'est une lacune, une porte ouverte aux objections.

2° *N'y a-t-il pas eu infection ?* — L'absence de fièvre avant la chute de l'eschare, tel est l'argument de M. Legueu contre la nature infectieuse du décubitus acutus. Mais rappelons-nous que l'une de ces opérées avait des suppurations pelviennes d'origine puerpérale. Nous n'ignorons pas que les vieilles collections purulentes, en particulier les suppurations anciennes des trompes utérines, sont souvent amicrobiennes. Mais en est-il toujours ainsi ? Celles dont s'est occupé M. Legueu l'étaient-elles aussi ? L'auteur ne le dit pas.

Et le fussent-elles qu'il n'en resterait pas moins les dangers d'infection liés à l'opération même. L'aseptie parfaite est irréalisable. En dépit des mesures les plus rigoureuses il reste sur les mains des opérateurs, sur le champ opératoire, sur les instruments, sur les compresses, des germes pathogènes dont le traumatisme chirurgical favorise singulièrement le développement et la virulence. M. Legueu a donc certainement introduit des microbes susceptibles de pulluler dans les tissus soumis à ses manœuvres opératoires.

Ainsi les malades dont nous parlons ont pu faire de l'infection sans fièvre, et la névrite que l'auteur invoque pour expliquer les troubles trophiques peut reconnaître une origine infectieuse aussi bien qu'une origine traumatique.

3° *Le traumatisme opératoire est-il sans influence sur la formation du décubitus acutus?* — Les interventions chirurgicales exercent parfois sur le système nerveux des opérés une dépression considérable, sorte de choc atténué. Cet affaissement, ce relâchement du tonus nerveux est d'autant plus marqué que l'opération a porté sur une région plus richement innervée et plus sensible. Il faut l'attribuer non seulement aux manœuvres nécessitées par l'état du malade, mais encore à l'action du chloroforme sur le larynx et les poumons. Plus l'opération sera longue et pénible, plus aussi l'atteinte sera grave. Ce traumatisme, dont nous parlons, peut laisser à sa suite des troubles trophiques tels que chéloïdes, périostoses, exostoses, état lisse de la peau, petites ulcérations décrites par M. Mitchell sous le nom de causalgies.

Il met en un mot l'organisme à l'état d'infériorité manifeste à l'égard des agents morbifiques. Il sera une cause de localisations infectieuses ; il favorisera par exemple le développement de la gangrène dans les régions ischémiées par com-

pression ou par tout autre mécanisme, en particulier aux fesses et au sacrum.

Il nous semble que ce n'est pas là un facteur négligeable dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Et cependant, M. Legueu n'invoque la longueur et les difficultés des manœuvres que pour expliquer la névrite périphérique.

4° *Pourquoi l'eschare n'apparaît-elle pas dans toutes les interventions difficiles.* — Toutes les malades dont l'affection a nécessité des manœuvres pénibles ne présentent pas des eschares sacrées ou fessières. L'intensité du traumatisme chirurgical ne suffit donc pas à expliquer la formation du décubitus acutus. Sur les quinze hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées, M. Legueu n'a-t-il rencontré des difficultés que dans les deux cas qu'il nous signale ? C'est peu probable. Et cependant le décubitus acutus n'est survenu que chez les malades qui font l'objet de ses deux observations. Pourquoi ?

5° *Le décubitus acutus consécutif à des opérations extra-pelviennes.* — Nous ferons encore remarquer avec M. Van-verts que le décubitus acutus s'est développé à la suite d'interventions chirurgicales dans lesquelles les nerfs du bassin ne furent nullement intéressés. M. Bué cite également un cas de décubitus acutus consécutif à l'extirpation d'un sein. L'hypothèse de M. Legueu ne saurait expliquer les cas auxquels nous faisons allusion.

6° *Défaut de preuve anatomo-pathologique.* — Nous pouvons enfin objecter à cette manière de voir que la preuve la plus convaincante, la preuve anatomo-pathologique n'a pas été faite.

7° *Part de vérité.* — L'hypothèse de M. Legueu est-elle donc dénuée de tout fondement et devons-nous la rejeter ? Bien loin de là. Les objections que nous lui avons faites

prouvent qu'elle peut être incomplète, elles ne prouvent pas qu'elle soit fausse. Elle a le mérite considérable d'appliquer raisonnablement au décubitus acutus les connaissances actuellement acquises sur le rôle trophique du système nerveux.

« L'influence du système nerveux dans les troubles trophiques, dit M. Roger, est mise en évidence par des faits nombreux; l'eschare, qui parvient rapidement chez l'hémi ou le paraplégique, s'explique par les troubles nutritifs qui permettent l'envahissement microbien. La lésion d'un nerf peut avoir le même effet. Brown Séquard a montré que la section du sciatique chez le cobaye est suivie de phénomènes gangréneux au niveau des extrémités; il s'agit d'une infection secondaire qu'on évite en protégeant la patte contre l'action des germes extérieurs... Chez l'homme on trouve la confirmation de ces faits, quand on voit les névrites périphériques provoquer du sphacèle et parfois des gangrènes massives. »

Il nous paraît incontestable qu'en particulier, dans les deux observations relatées par M. Legueu, la névrite a joué un rôle prépondérant. Nous croyons cependant que les phénomènes sont plus complexes.

A. — Opinion de M. Segond. — 1° *La névrite cause occasionnelle du décubitus acutus.* — « Le processus de mortification qui existe dans le décubitus acutus, dit M. Segond, répond trait pour trait à la description classique du décubitus acutus consécutif aux lésions traumatiques de la moelle épinière, lesquelles, d'après une remarque de J. Ashurst, bien intéressante à relever ici, exposent d'autant plus à l'évolution du trouble trophique que la blessure médullaire siège plus bas... Ce qu'il y a de spécial dans l'hystérectomie, c'est uniquement le point de départ des lésions irritatives devant aboutir aux troubles trophiques par voie de propagation nerveuse.

Ce point de départ est ici constitué par les manœuvres de l'hystérec tomie, par les tiraillements qu'elle exige et surtout par la forcipressure. Nos pinces étreignent et meurtrissent forcément des filets nerveux plus ou moins importants et le processus irritatif qui en résulte, pouvant se propager le long des nerfs du bassin, réalise au plus haut chef, les conditions pathogéniques favorables à la production des troubles de nature trophique. »

2° *Les suppurations pelviennes, cause prédisposante du décubitus acutus.* — « S'il est facile, continue M. Segond, de se prononcer sur la nature et la pathogénie du décubitus acutus des hystérectomisées, il est beaucoup moins simple d'en étudier l'étiologie directe et d'avoir ainsi l'explication de son excessive rareté. L'idée première qui vient à l'esprit, c'est que la complication résultant directement de l'action opératoire, elle sera d'autant plus à redouter que celui-ci aura été plus long et plus pénible. »

Mais M. Segond n'accepte pas cette explication et diffère en cela de M. Legueu. M. Segond affirme que c'est au contraire dans les cas simples d'hystérectomie qu'il a observé le développement du décubitus ; celui-ci ne s'est jamais produit à la suite des hystérectomies laborieuses. La longueur et les difficultés de l'acte opératoire ne peuvent donc, d'après lui, être incriminées comme cause du décubitus.

Il en serait de même de l'infection, car aucun fait ne permet de soutenir la nature infectieuse des lésions.

« Ces prétendues causes éliminées, ajoute M. Segond, il ne reste plus qu'une hypothèse plausible. C'est d'admettre, comme l'a fait Morestin, en parlant des escharres décrites par Leprévost à la suite des résections sacro-coccygiennes, que les accidents doivent être spéciaux à certains individus prédisposés.

» Cette prédisposition se rencontrerait chez des femmes malades depuis longtemps et atteintes d'affections péri-utérines inflammatoires susceptibles de développer du côté des nerfs pelviens un travail irritatif qui, déjà manifeste lorsque vient l'heure de l'intervention, trouve dans le traumatisme opératoire les conditions voulues pour s'aggraver et provoquer enfin de compte, les lésions caractéristiques du décubitus aigu. »

Discussion. — 1° *Insuffisance de l'élément nerveux.* — L'opinion de M. Segond est à cet égard de tous points comparable à celle de M. Legueu et passible des mêmes objections qu'elle.

Nous nous sommes également expliqué au sujet de la nature infectieuse de cette affection. Nous n'y reviendrons pas.

2° *La durée et les difficultés de l'opération n'ont qu'une importance secondaire.* — Nous avons vu que M. Legueu ne reconnaît d'autre cause au décubitus acutus que la longueur et les difficultés de l'opération engendrant une névrite périphérique d'ordre traumatique. Or M. Segond vient nous affirmer justement le contraire de par son expérience personnelle. Si deux savants également autorisés comme ceux dont nous citons les noms, ont pu, en se basant sur des observations également rigoureuses, émettre des avis tout différents, il nous paraît raisonnable de conclure que, toutes choses égales d'ailleurs, la longueur et les difficultés de l'opération n'ont qu'une importance négligeable dans la pathogénie du décubitus acutus. Qu'y a-t-il de moins grave comme acte opératoire qu'une colpopérinéorrhaphie ? C'est cependant après cette opération que M. le professeur Forgue vit apparaître chez son opéré une eschare sacrée.

3° *La prédisposition d'ordre local, invoquée par M. Segond, ne saurait convenir à tous les cas.* — C'est ici que l'hypothèse est réellement originale et particulièrement heureuse. M. Segond a raison ; oui, l'hypothèse de la prédisposition est la seule plausible. Les faits sur lesquels il s'appuie sont nombreux et incontestables. Il est d'observation courante en clinique chirurgicale que des névrites peuvent prendre naissance dans toutes les régions ou dorment d'anciens foyers de suppuration. Sous l'influence du pus et de la névrite la nutrition cellulaire est entravée et ralentie dans tout le domaine qui dépend anatomiquement des nerfs atteints dans leur structure et dans leur vitalité. Survienne une infection nouvelle ou un traumatisme intense ou léger, et les conditions favorables se trouveront dès lors réalisées pour l'apparition du sphacèle ou de la gangrène dans les régions tributaires des nerfs malades.

Mais M. Segond ne va pas assez loin. Son hypothèse suffit à expliquer bien des cas ; mais elle est impuissante à les expliquer tous.

« Combien fréquentes, en effet, sont les inflammations péri-utérines anciennes par rapport à la rareté du décubitus acutus consécutif à l'hystérectomie vaginale ou abdominale entreprise dans ces conditions ? »

Il nous faudra donc invoquer une prédisposition d'ordre général.

B. — *Autres auteurs qui adoptent la théorie nerveuse.* — Ils sont légion les auteurs qui admettent l'origine nerveuse du décubitus acutus. Citons en particulier MM. Pozzi, Pinard, Frommel, Varnier, Bué, H. Meyer, Bar, Maygrier, Leprévost, Michel. Il s'agit du décubitus acutus consécutif à des symphyséotomies, à des ischio-pubiotomies, à des résections sacro-coccygiennes.

« En même temps, écrit Michel, que se produit, soit à l'aide des mains soit à l'aide du disjoncteur, l'écartement des pubis, il se fait, lorsque cet écartement a dépassé 3 ou 4 centimètres, une diastase de l'articulation sacro-iliaque, qui s'entr'ouvre en avant. L'angle dièdre ainsi formé présente des bords très aigus, surtout du côté de l'aileron du sacrum. N'est-il pas alors possible que la tête de l'enfant, au moment où elle remplit l'excavation, vienne appuyer sur ces bords saillants et qu'une branche antérieure d'un nerf sacré se trouve prise entre elle et le bassin qui n'a plus sa configuration normale ? Ce nerf est alors irrité, peut-être tiraillé pendant la rotation de la tête, et il en résulte un processus irritatif qui se traduira par des troubles trophiques du côté de la peau de la région sacro-coccygienne.

» Ce n'est d'ailleurs, ajoute Michel, qu'une hypothèse qui aurait besoin d'être confirmée. »

Or, pouvons-nous répondre, elle ne l'est pas encore suffisamment. Remarquons en passant l'expression vague de processus irritatif déjà employé par M. Segond. En quoi consiste ce processus irritatif ? Mystère.

Du reste il n'y a pas lieu d'insister plus longtemps sur cette hypothèse de la névrite traumatique. Nous l'avons assez longuement discutée aux paragraphes précédents. Nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit.

C. — Résumé. — Il résulte de ce court exposé que d'après les auteurs cités, le point de départ des lésions est l'irritation ou la destruction de certains nerfs du bassin, peut-être prédisposés par une inflammation antérieure. Cette irritation se propagerait aux nerfs sacrés qui se rendent aux téguments des régions sacrées et fessières et déterminerait ainsi, à ce niveau, la production rapide d'eschares.

II. — Théorie infectieuse
(L. Picqué)

A la Société de chirurgie, dans son rapport sur le mémoire de M. Vanverts, M. Picqué admet la vraisemblance des divers facteurs étiologiques invoqués, mais penche en faveur de l'infection.

Tout d'abord, l'auteur établit une distinction entre le décubitus spinal et le décubitus post-opératoire. « Tous les auteurs, dit-il, n'ont pas suffisamment insisté sur leur évolution, et je rappelle que la qualification de décubitus acutus ne convient qu'aux eschares qui se produisent en quelques heures. Celles-là, décrites jadis par Charcot, reconnaissaient bien une origine spinale, et il est même digne de remarque que les eschares produites par ce mécanisme guérissent parfois avec une incroyable rapidité. En est-il de même de celles qui ont été observées à la suite des opérations pratiquées sur l'utérus ?

» Si l'on est conduit à ne pas reconnaître pour tous les cas de décubitus acutus une origine spinale, si même on est amené à la révoquer en doute, qu'elle cause peut-on dès lors invoquer ? »

Cette cause, M. Picqué la trouve dans les infections locales. Il arrive souvent, en effet, qu'il se produit au niveau du siège une légère écorchure, une simple éraillure de la peau ; cette lésion peu appréciable elle-même peut, du reste, reconnaître plusieurs origines. Elle peut être due soit à la compression, soit comme le font remarquer judicieusement MM. Tuffier, Walther, Quénu, Bazy, au contact de l'éther qui produirait là une légère brûlure. Cette plaie, insignifiante en apparence, est une porte ouverte à l'infection et celle-ci s'installera si

des soins minutieux et une surveillance continuelle ne viennent s'opposer à son invasion.

La théorie infectieuse, défendue par M. Picqué, a le mérite de répondre à deux ordres de faits bien réels. Comme le fait à bon droit remarquer cet auteur, des eschares se développent très souvent au cours des maladies infectieuses, fièvre typhoïde, infection puerpérale, septicémies. Il est donc bien naturel de conclure par analogie à la nature infectieuse du décubitus acutus post-opératoire.

En second lieu, dit le même chirurgien, le nombre de ces eschares était jadis considérable. Or il est facile de constater qu'il décroît tous les jours jusqu'à se réduire à zéro dans certains services, depuis que l'attention a été atttirée de ce côté.

En résumé, dirons-nous avec M. Picqué, « il est exagéré de rapporter à une origine exclusivement nerveuse, dont il n'existe d'ailleurs aucune preuve anatomo-pathologique précise, le décubitus acutus post-opératoire, qui n'est pas l'apanage d'un seul groupe d'opérations, qu'on peut rencontrer à la suite de toutes les opérations de chirurgie, et qui, de plus, reste relativement rare eu égard au nombre considérable des opérations pratiquées dans la zone génitale de la femme. »

III. — Théorie de l'action corrosive des lavages préopératoires

Plusieurs auteurs, MM. Tuffier et Walther en particulier, ont déclaré à la Société de chirurgie que les eschares peuvent avoir pour origine l'action caustique de l'alcool à 90° et de l'éther dont on se sert pour terminer le champ opératoire. Le décapage de la peau du périnée et de la région sacrée et fessière produit par le frottement avec une compresse imbibée

d'alcool, puis d'éther après un brossage énergique à l'eau savonneuse a certainement pour résultat de faire tomber les couches superficielles de l'épiderme. Il se peut également que l'alcool et l'éther pénétrent dans les glandes sudoripares et sébacées et tuent, en le fixant, leur épithélium de revêtement. Mais peut-il en résulter une gangrène de la peau à début nettement localisé, s'étendant rapidement jusqu'au sacrum? Nous ne le pensons pas. Dans aucune autre région, on n'observe d'eschares spontanées, et cependant le lavage à l'alcool, à l'éther, et même l'arrosage avec l'éther iodoformé de toute la zone tégumentaire dont la future incision occupera le centre, est une pratique constante. Il serait très étonnant que l'alcool et l'éther aient sur la peau de la région sacrée et fessière une action « nécrogène », qu'ils n'ont pas sur la face, le thorax ou les membres.

On a fait remarquer que les malades placés en position gynécologique ou dans le décubitus dorsal sur des tables non perforées ont quelquefois le siège immergé dans l'alcool et l'éther dont on les a généreusement arrosées. Pendant toute l'opération ce serait, par conséquent « le bain d'alcool et d'éther » qui altèrerait les tissus et en préparerait la gangrène. Il s'agirait, dans ces cas, d'une gangrène toxique, comme la gangrène phéniquée des doigts et des orteils que l'on observait à l'époque où l'on croyait que pour désinfecter à coup sûr une plaie, il fallait employer de fortes doses d'antiseptiques. Cette hypothèse est plus vraisemblable que la première; en effet, les objections qu'on peut opposer à la pathogénie des eschares par lavages à l'alcool et à l'éther ne sont pas justifiées ici: aux membres, au thorax, à la face, il n'arrive jamais que les téguments baignent durant toute l'opération dans les liquides caustiques.

Mais nous ne pensons pas que ce facteur étiologique soit

suffisant pour produire, à lui seul, les escharres sacrées. Et la prédisposition individuelle qui réside ici encore dans la délicatesse des téguments et leur susceptibilité aux agents physiques nous paraît devoir jouer le rôle prépondérant.

IV. — Théorie de la prédisposition

Ainsi la névrite traumatique et l'infection ont pu être invoquées et paraître suffisantes pour expliquer dans quelques cas le développement du décubitus aigu post-opératoire. Mais une question subsiste; c'est celle de savoir pourquoi de deux femmes affectées de lésions identiques en intensité et en durée, ayant subi les mêmes manœuvres opératoires, l'une présente un décubitus aigu et l'autre en est exempte.

M. Segond avait cherché à résoudre le problème en invoquant une prédisposition d'ordre local, constituée par l'ancienneté des lésions inflammatoires péri-utérines. La clinique nous apprend, en effet, que des névrites peuvent prendre naissance dans toutes les régions où sommeillent de vieux foyers de suppuration ; la nutrition cellulaire se trouve de la sorte entravée et ralentie dans tout le domaine anatomique des nerfs altérés. Vienne un traumatisme, chirurgical ou autre, et les conditions favorables au développement du sphacèle et de la gangrène se trouveront réalisées. Il est vraisemblable que dans certains cas les phénomènes aient évolué suivant le mécanisme que M. Segond ne nous propose du reste qu'à titre d'hypothèse. Mais M. Segond ne fait que reculer la difficulté. Une objection sérieuse vient immédiatement à l'esprit, objection que M. Vanverts a nettement formulée: « Combien sont fréquentes, en effet, les inflammations péri-utérines anciennes par rapport

5

à la rareté du décubitus acutus consécutif à l'hypérectomie vaginale ou abdominale entreprise dans ces conditions? »

Les hypothèses émises jusqu'à ce jour sont donc insuffisantes à expliquer tous les cas ; et M. Vanverts cite à l'appui de son dire quelques observations. Les deux premières qui lui sont personnelles ont trait l'une à la cure radicale d'une éventration, l'autre à une gastro-hystéropexie simple ; il cite en outre celle que le docteur Potel lui a communiquée dans laquelle il s'agit d'une femme opérée d'une appendicite à froid ; et celles de Tillaux et Nicaise où il est parlé d'ovariotomies simples. Des eschares sacrées se formèrent à la suite de toutes ces opérations.

« Il est bien évident, fait remarquer M. Vanverts, que dans aucun de ces faits on ne peut invoquer comme cause du décubitus acutus post-opératoire, l'irritation ou la destruction des nerfs du bassin » ; et pas davantage, dirons-nous, dans l'observation I (curettage colpopérinéorrhaphie) que nous a communiqué notre maître M. Jeanbrau.

C'est dans une sorte de prédisposition générale individuelle que réside, selon M. Vanverts, l'origine de ce décubitus acutus.

A l'appui de cette hypothèse il invoque la fréquence du décubitus acutus d'une part au cours des infections générales aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la fièvre puerpérale, la septicémie ; et d'autre part à la suite du décubitus dorsal prolongé chez les alcooliques comme l'ont montré Broca et Lemoine :

« De ces auto-intoxications, il résulte pour les tissus une vitalité moins active qui les expose sans résistance à la merci des agents nuisibles. L'état d'opportunité pour la gangrène est constitué ; vienne alors une cause occasionnelle insigni-

fiante, qui serait sans effet sur un organisme normal, et la mort locale est réalisée ».

Mais cette « vitalité moins active des tissus » peut se rencontrer en dehors de toute intoxication, et M. Vanverts nous paraît bien fondé à admettre une délicatesse excessive, une sorte d'infantilisme de la peau. C'est du moins ce qui résulte de ses deux observations.

« Il me semble intéressant, dit-il, de signaler à ce sujet la vésication intense qui suivit, chez nos deux opérées, l'application d'une couche de teinture d'iode au niveau de la poitrine. Cette teinture d'iode ne présentait pas de causticité exagérée, car elle fut employée sans aucun inconvénient chez d'autres malades. Il existait donc chez ces deux femmes une délicatesse spéciale de la peau. Grâce à cette insuffisance de résistance le contact de la teinture d'iode, qui est ordinairement anodin lorsque l'application est unique et non exagérée, suffit à amener une véritable brûlure au second degré. N'est-ce pas du reste un fait bien connu chez les enfants dont les téguments sont particulièrement sensibles aux caustiques ? »

Le même auteur fait aussi remarquer en faveur de son opinion que cette complication de décubitus acutus post-opératoire n'a été observé que chez la femme.

Remarquons à notre tour que le système nerveux est beaucoup plus irritable chez la femme que chez l'homme et que partant les réactions nerveuses se font bien plus facilement chez celle-là que chez celui-ci.

La peau et le système nerveux n'ont-ils pas d'ailleurs même origine blastodermique ? L'expérience de chaque jour nous montre des connexions étroites entre ces deux systèmes autant dans le domaine de la physiologie que dans celui de la pathologie.

Quoiqu'il en soit retenons l'hypothèse admise par M. Van-

verts: « Il s'agit d'une délicatesse spéciale de la peau ». C'est dire qu'il s'agit d'un mode réactionnel particulier à certains individus ; c'est une idiosyncrasie.

Nous nous rangeons volontiers à l'avis de M. Vanverts. D'abord parce que son hypothèse rend compte d'un grand nombre de faits ; en second lieu et surtout parce qu'elle invoque des causes d'ordre général. C'est parce que l'auteur paraît se rappeler l'existence de tempéraments morbides ; parce qu'il fait intervenir l'organisme tout entier dans la formation de cet obscur décubitus acutus post-opératoire ; parce qu'il considère l'organisme vivant comme un tout complexe dont les éléments restent solidaires à l'état pathologique aussi bien qu'à l'état normal, que nous adoptons son opinion comme la plus satisfaisante et la plus scientifique.

TRAITEMENT

La première question qui se pose est celle de savoir s'il y a une prophylaxie des eschares sacrées post-opératoires. Et la longue discussion que nous avons faites des théories pathogéniques n'a qu'un but : déterminer exactement quels sont les facteurs responsables de cette complication pour pouvoir les éviter.

Nous avons vu que malheureusement il n'est pas possible de dire si le décubitus acutus post-opératoire est d'origine infectieuse, mécanique, caustique, dyscrasique. Tout ce que l'on est en droit de supposer, à cause de la rareté de cette complication, c'est que le facteur « prédisposition individuelle » jouerait ici le rôle important. Comme rien ne permet de deviner, en présence d'une malade chez laquelle une intervention vaginale ou abdominale est indiquée, si elle fera une eschare ; on en est réduit à éviter l'action nocive des lavages prolongés à l'alcool et à l'éther, et à réduire au minimum le traumatisme opératoire. On prendra garde, en particulier, à ne pas verser de l'alcool et de l'éther en trop grande quantité sur les parties génitales des malades de façon à ce que les régions sacrée et fessière ne baignent pas dans l'éther pendant toute la durée de l'opération. On abuse en général de ces arrosages caustiques. Un savonnage soigneux et un rinçage à l'eau bouillie chez une malade qui a pris un bain la veille ne laissent pas beaucoup de germes sur la peau de l'hypogastre. Une

compresse en gaze légèrement imbibée d'alcool, promenée sur la région, suffira à emporter les débris épithéliaux, sans qu'il soit utile d'inonder tout le siège d'alcool et d'éther.

Le traumatisme opératoire sera évidemment très réduit si au lieu d'intervenir par la voie vaginale, on fait la laparotomie, surtout en cas d'annexite. Quelle différence entre une hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite et une hystérectomie abdominale! Dans l'une on opère avec les doigts en décollant au hasard et en tirant sur des poches que bien souvent on est réduit à crever et à évacuer partiellement. On étreint entre quatre pinces les ligaments larges et on écrase ainsi pendant quarante-huit heures les vaisseaux et les nerfs des plexus utérins : à *priori*, nul doute que la constriction des nerfs par les pinces, forcément souillées dans les cas où on a ouvert des poches suppurées, et même seulement rompu des adhérences inflammatoires, ne soit suffisante pour détermier une névrite des rameaux inclus dans les ligaments larges.

Grâce à la laparotomie, au contraire, on libère les adhérences avec précision et douceur, on coupe les pédicules sans les écraser et on lie au catgut les artères en réduisant au minimum les tiraillements, les déchirures, les écrasements qui sont tout autant de causes d'irritation mécanique des nerfs pelviens. La voie haute, pour laquelle combattent depuis ongtemps M. Terrier et ses élèves, et que notre maître M. le professeur Forgue a adoptée dès 1896 pour les suppurations pelviennes, constitue donc théoriquement (et les faits que nous avons réunis le démontrent cliniquement) à ce point de vue un avantage : elle met à l'abri d'une complication fort pénible, sinon grave, et qui retarde notablement la guérison.

La prophylaxie du décubitus aigu post-opératoire se résume donc ainsi : 1° intervenir toutes les fois qu'on a le choix par la laparotomie; 2° éviter les lavages trop abondants à l'alcool et à l'éther.

Quant au traitement proprement dit, il consiste :

1° Soit en lavages antiseptiques faibles, tels que les solutions boriquées à 4 pour 100 et l'eau oxygénée au quart ;

2° Soit dans l'application de poudres inertes faiblement antiseptiques, telles que le bismuth, le talc, la poudre de Lucas-Championnière, dont voici la formule :

Iodoforme	ãã 100 grammes
Poudre de quinquina gris	
— benjoin.	
— Carbonate de magnésie. . .	
Essence d'eucalyptus.	12 gr. 50.

de gaze stérilisée, d'ouate également aseptique ;

3° Soit dans l'application de corps gras, tels que la vaseline à laquelle on incorpore des agents antiseptiques (salol, antipyrine, etc.); le tout maintenu par un bandage en T ;

4° Soit dans l'application de compresses imbibées de solutions antiseptiques faibles (eau boriquée).

Dans tous les cas, il faut avoir soin de renouveler souvent le pansement, tous les jours si c'est nécessaire ; et quand il a été souillé, soit par l'urine soit par les matières fécales.

Deux moyens serviront à empêcher la compression du siège de l'eschare ; ce sont : 1° l'emploi d'un coussin à air ; 2° le décubitus latéral.

Un décubitus acutus post-opératoire soigné comme nous venons de le dire, guérit dans un espace de temps relativement court, et c'est ainsi que se trouve justifiée la bénignité que les auteurs s'accordent à reconnaître à cette complication.

CONCLUSIONS

1° Le décubitus acutus est une complication rare des interventions gynécologiques ;

2° Il se produit surtout après les hystérectomies vaginales, comme le montrent les observations (17 fois à la suite d'hystérectomies vaginales sur 32 cas de décubitus acutus) ;

3° Il peut être la conséquence d'une colpopérinéorrhaphie (cas du professeur Forgue) ; d'une symphyséotomie (cas de Bar, Maygrier, Frommel, etc.), d'une ischio-pubiotomie (cas de Pinard ; d'une ovariotomie (cas de Tillaux, de Nicaise) ; d'une cure radicale d'éventration (Vanverts), d'une hystérectomie abdominale (Michel) ;

4° L'eschare sacrée ou fessière apparaît vers le troisième jour et guérit dans un espace de trois à quatre semaines en moyenne ;

5° Trois hypothèse ont été invoquées pour en expliquer la pathogénie : l'infection opératoire ; la prédisposition individuelle ; l'action caustique de l'alcool et de l'éther dans les lavages préopératoires.

Il est probable que chacune de ces hypothèses contient une part de vérité ; mais la prédisposition individuelle nous paraît jouer le rôle prépondérant ;

6° Le traitement consiste dans les pansements quotidiens très aseptiques avec décubitus latéral.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(INÉDITE)

(Recueillie par M. JEANBRAU, professeur agrégé, dans le service de M. le professeur FORGUE)

Déchirure ancienne du périnée et métrite hémorragique. Curettage et colpopérinéorrhaphie. — Eschare sacrée. — Guérison.

Marie F..., ménagère, âgée de trente ans, entrée le 23 novembre 1899 à l'Hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue, pour une métrite hémorragique.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Petite vérole à six ans. Pleurésie à douze ans. Menstruée à treize ans, régulièrement quatre à cinq jours par mois. A l'âge de dix-sept ans, interruption des règles pendant trois mois, non suivie de phénomènes qui puissent faire penser à un avortement. Cette dame a cinq enfants: le premier a vingt ans, le second il y a 18 mois. Grossesses et accouchements normaux. Jamais d'hémorragies de la délivrance ni de phénomènes d'infection.

Il y a trois ans, en juin, ménorragie abondante qui a duré huit jours. Depuis cette époque, la malade, qui se portait bien jusque-là, commença à perdre ses forces. Tous les deux ou trois mois ménorragie abondante durant dix jours, suivie de pertes blanches. Ces derniers temps, affaiblie par les ménorragies, elle se montra à son

médecin, qui lui fit une série de pansements vaginaux, sans résultat.

Examen le 26 novembre. — Etat général assez bon. Rien au cœur ni aux poumons. Au toucher, le col est gros, largement fendu, déchiré à gauche. Léger empâtement du cul-de-sac gauche peu douloureux. Les annexes ne paraissent pas malades. L'utérus est mobile, Le périnée est largement déchiré, mais il n'y a pas de colpocèle postérieure.

Diagnostic. — Métrite hémorragique et déchirure ancienne du périnée. A partir du jour de son entrée, trois lavages vaginaux au lysol, par jour.

Opération, 15 déc. 1899. — Curettage et colpopérinéorrhapie. Sonde à demeure ; bandage en T ; 0 gr. 10 cent. d'opium le jour de l'opération et les cinq jours suivants. Régime lacté absolu.

Suites opératoires. — Les quatre jours qui suivent l'opération la température n'atteint pas 37°3, le soir. Malgré l'opium administré les 15, 16 et 17, selle spontanée le 18. On refait le pansement vaginal, En enlevant le bandage en T, on reconnaît l'existence au sacrum d'une plaque érythémateuse médiane de la largeur de la main, à contours irréguliers, sur laquelle quelques grosses bulles se sont formées et ont crevé. On la protège avec un large pansement humide boriqué. La température atteint 37°,7 le soir.

Le lendemain, il s'est formé une large eschare noirâtre de 4 à 5 centimètres carrés de surface. Cette eschare augmente les jours suivants, et le 23 déc. il résulte de sa chute une perte de substance de la largeur de la main, profonde jusqu'à l'os. Pansements quotidiens, lavages abondants, vaseline iodoformée.

Le 24, on enlève les fils du périnée. Il y a réunion per primam du périnée.

La guérison survint peu à peu, après une longue série de pansements humides. Le 20 janvier, il ne reste plus qu'un petit ulcère superficiel, ayant les dimensions d'une pièce de 5 fr. La guérison est complète le 1er février, un mois et demi après l'opération. Le périnée est solide, l'utérus est diminué de volume ; une cicatrice blanche marque la place de l'eschare sacrée.

OBSERVATION II

(Inédite)

(Recueillie par Lambret, de Lille, dans le service
de M. le professeur Folet)

Annexite double. — Hystérectomie vaginale. — Décubitus acutus.
Guérison

Jeanne N..., vingt-sept ans, entrée le 23 juillet 1895, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le service de M. le professeur Folet.

Réglée à quatorze ans, très régulièrement jusqu'à son mariage. A vingt et un ans, trois mois après son mariage, métrorragie abondante. Un médecin appelé fait le diagnostic d'avortement et pratique un curettage. Après vingt jours de lit, elle reprit ses occupations. Mais depuis cette époque ses règles avancent tous les mois de huit jours, durent une semaine et sont suivies de pertes blanches abondantes. De plus, la malade souffre du bas-ventre d'une façon continue : douleur hypogastriques irradiées aux lombes, aux membres inférieurs, qui s'aggravent avec les fatigues du ménage. Parfois, crises légères de pelvi-péritonite qui l'obligent à prendre le lit pendant une semaine.

A l'examen, col largement ouvert, utérus en rétroflexion ; de chaque côté, on perçoit les annexes augmentées de volume, particulièrement à droite où la palpation, très douloureuse, permet de sentir une tumeur arrondie, grosse comme une mandarine et accolée à l'utérus. Celui-ci se laisse un peu abaisser avec une pince de Museux.

Le 8 août, M. Lambret pratique l'hystérectomie vaginale par le procédé de M. Müller-Quénu. Les annexes gauches sont enlevées facilement avec la moitié gauche de l'utérus ; mais à droite, les temps opératoires sont plus pénibles.

La poche annexielle se crève sous l'action de la main qui cherche à la décoller, du pus s'écoule, et on n'enlève qu'un lambeau du pyosalpynx en même temps que la moitié droite de l'utérus.

Tamponnement peu serré à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Les premiers jours, apyrexie ; le troisième jour, la température monte à 38°,5. On enlève la gaze qui bourre le

vagin : il ne s'écoule pas de pus ; la plaie a bon aspect. On tamponne légèrement avec de la gaze stérilisée. Purgatif léger.

Le 13 août, cinq jours après l'opération, la température atteint 39°,5. L'état général est assez inquiétant. Mais le ventre est souple et indolore, et il n'y a pas d'écoulement vaginal.

On ne sait à quoi attribuer ces phénomènes infectieux, lorsque la malade nous apprend qu'elle éprouve au niveau de la fesse droite une sensation de chaleur et des élancements pénibles. En examinant cette région, nous constatons l'existence d'un placard rougeâtre long de 8 à 10 centimètres, large de 4 à 5, recouvert de phlyctènes à contenu louche dont quelques-unes se sont déjà crevées. Au niveau de cette plaque, l'anesthésie cutanée est complète. On place la malade sur un coussin à air, mais l'escarification des parties qui étaient menacées de sphacèle se produit quand même. Quand elle fut complète, on se borna à faciliter la chute de l'eschare par l'application de compresses humides. Tous les tissus jusqu'à l'os se mortifièrent sur une étendue correspondant exactement à la partie droite du sacrum, empiétant un peu sur la ligne médiane. Ce large cratère mit longtemps à se réparer, et quand la malade quitta l'hôpital, le 29 septembre, soit cinquante-deux jours après l'intervention, il ne restait plus qu'une petite plaie bourgeonnante ayant à peu près les dimensions d'une pièce de un franc.

OBSERVATION III

(INÉDITE)

(Recueillie par le Docteur MICHEL, professeur agrégé, dans le service de M. le professeur GROSS)

Fibrome de l'utérus avec inclusion dans les ligaments larges. — Hystérectomie abdominale totale. — Décubitus aigu

Léontine Th..., trente et un ans, entrée le 23 mars 1899 dans le service de M. le professeur Gross, à l'Hôtel-Dieu de Nancy.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans. Epoques durant deux jours ; régulières. Mariée à vingt-neuf ans. Depuis, les règles ont augmenté et ont duré trois ou quatre jours.

La malade a eu une seule grossesse, il y a deux ans.

Elle a accouché d'un enfant mort (fœtus de six mois et demi).

Aurait eu des douleurs dans la jambe droite à la suite des couches. Enveloppement ouaté et repos de trois semaines.

Depuis les couches, le ventre a augmenté de volume.

Maladie actuelle. — Les règles n'ont pas augmenté de quantité.

Pas de pertes dans l'intervalle des règles.

Aurait eu de la leucorrhée, il y a deux mois, pendant trois ou quatre jours.

Examen, Inspection. — Ventre uniformément augmenté de volume jusqu'à l'épigastre (ventre en boule).

L'ombilic est refoulé en avant.

Nœvus pigmentaire au flanc gauche.

Circulation collatérale très accusée des deux côtés ; légère au niveau de la région sus-ombilicale.

Percussion. — Matité dans tous les sens en partant de l'ombilic.

Espace de Traube sonore.

Le foie ne déborde pas.

La zone de matité ne change pas dans le décubitus latéràl droit ou gauche.

Palpation. — Pas de fluctuation. Consistance dure, rénitente. On sent une saillie lobulée du volume d'une orange dans le flanc gauche.

Toucher. — Les culs-de-sacs antérieur droit et postérieur, sont remplis par une masse d'une consistance uniforme dure qui ne semble pas se mouvoir avec la tumeur abdominale.

Le cul-de-sac gauche n'est pas accessible.

On n'atteint pas le col.

Œdème très accusé de la jambe droite et du pied droit.

On ne sent pas de cordon dans le creux poplité, ni dans la jambe.

La pression n'est pas douloureuse.

Appareil urinaire. — Depuis trois mois, le malade urine difficilement et par gouttes.

Actuellement pas de symptômes urinaires.

Etat général. — Amaigrissement depuis trois ans.

La malade ne tousse pas.

Tempérament arthritique maigre.

Opération le 28 avril 1899, par M. le professeur Gross. — Hystérectomie abdominale totale.

Soins préopératoires habituels (lavage au savon, éther, alcool).

Anesthésie facile.

Incision depuis le pubis jusqu'à l'ombilic.

On tombe sur une énorme masse à la surface de laquelle est apparent un lacis de veines variqueuses extrêmement fourni

Un énorme paquet variqueux d'une longueur d'environ 10 cm. et de 4 à 5 cm. de largueur est coupé entre deux grandes pinces longuettes au pôle supérieur de la tumeur.

A gauche de ce paquet, on découvre un ovaire augmenté de volume et kystique.

On sectionne des adhérences de la tumeur avec l'intestin et avec l'appendice qui est remonté jusque sous le foie.

Pour s'orienter, nécessité est de prolonger en haut l'incision de 3 à 4 cm.

La coque est recherchée ; elle se compose de plusieurs feuillets, dont le superficiel très ténu est extrêmement vasculaire (lacis veineux).

Hémorragie abondante et tenace arrêtée par la compression et par l'application de pinces.

La décortication se fait très difficilement; et on vérifie qu'on a affaire à un énorme fibrome ayant pris son développement entre les deux feuillets du ligament large droit et ayant refoulé et fait basculer complètement l'utérus, dont le fond est dans le flanc gauche, tandis que l'ovaire gauche est encore au-dessous de lui, caché complètement dans le petit bassin.

Pendant la dissection (énucléation), à droite on tombe sur le pédicule utéro-ovarien droit qui est setionné entre deux fortes pinces longuettes. (Il y a toujours une forte hémorragie en nappe à la surface de la tumeur).

Le fibrôme est maintenu par un aide avec une tire-bouchon. L'énucléation le laisse bientôt libre. Pour gagner du temps, on n'a pas enlevé l'utérus en même temps que lui.

Hémostase par tamponnement; de nombreux fils à ligature sont posés.

L'ovaire gauche est réséqué sous pince longuette.

On procède à l'hystérectomie.

Une pince longuette est introduite dans le vagin, le bec dans le cul-de-sac antérieur.

Une sonde en argent est introduite dans la vessie.

On reconnaît le cul-de-sac péritonéal antérieur.

La cavité du col est trouvée et ses deux bords saisis avec deux pinces à griffe.

L'utérus est désinséré du vagin.

Une compresse est introduite par l'orifice supérieur du vagin et retirée par la pince longuette introduite dans ce conduit.

Suture de la paroi abdominale dans sa partie supérieure. Marsupialisation de la poche à la partie inférieure de l'incision.

On fait à la paroi abdominale deux plans seulement de sutures (catgut, crin de Florence).

La partie inférieure de la plaie est suturée en comprenant dans les sutures les bords du reste de la poche (coque du fibrome), (procédé de marsupialisation de la poche).

Pansement antiseptique compressif.

Sonde de Petzer.

Suites opératoires. — Le 28 avril à 3 heures, pouls 130, très petit, presque imperceptible ; décoloration complète des muqueuses.

Etat inquiétant. Pansement et linges tachés de sang.

On fait à la malade une piqûre de caféine et trois injections de sérum (500 grammes chaque fois) dans l'après-midi.

Le 29. — Amélioration ; pouls à 120, mieux frappé. Il y a eu selles et urines. Deux injections de sérum de 500 grammes chacune.

Le 30. — Etat satisfaisant ; au matin une injection de sérum de 500 grammes.

Le 1er mai. — On change le pansement ; on enlève la compresse qui draine la poche marsupialisée. Celle du vagin est laissée en place

Le 1er mai, deux jours après l'opération, il apparaît au sacrum une vaste eschare grande comme la paume de la main ; eschare tout à fait noire. Température : le matin, 38°,2 ; le soir, 39°,5.

Elle est soignée à la poudre de salol.

La malade est placée sur un matelas à eau.

Mort le 6 mai.

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE :

28 avril (opération).....	Le soir....	36°,4

29 avril..........	matin	37°,3	Le soir..		37°,5
30 avril..........	—	37°,5	—	....	37°,1
1er mai..........	—	37°,1	—	....	36°,9
2 mai (escharre)..	—	38°,2	—	....	39°,5
3 mai...........	—	38°,5	—	....	39°,7
4 mai...........	—	38°,3	—	....	39°,6
5 mai...........	—	37°	—	....	38°,2
6 mai...........	—	38°,9	—	....	39°,1

OBSERVATION IV

(*In* Thèse Baudron, Paris, 1894)

Hématosalpynx droit. — Salpingite suppurée et ovaire scléro-kystique à droite. Opération de Péan. — Guérison

Marie Jam..., âgée de vingt-neuf ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 15 août 1890, chambre 3 *bis*.

Réglée à 12 ans d'une façon régulière, la malade n'a jamais eu ni grossesse normale, ni fausse couche.

Au mois de janvier 1890 les règles furent extrêmement douloureuses. Les mois suivants, elles redeviennent normales, mais au mois de juin elles s'accompagnèrent de souffrances tellement vives, que la malade dut s'aliter. Un médecin diagnostique une colique hépatique et envoie la malade à la Maison municipale, dans un service de médecine, d'où elle passe en chirurgie le 15 août.

Depuis le mois de juin les règles sont survenues normalement, il n'y a pas eu de métrorragies. La malade, dont l'état général est excellent, se plaint d'une douleur vive dans la région des annexes droites, douleur qui résiste au repos.

Examen local. — L'utérus, antéfléchi, mesure 8 centimètres et demi. Le col est attiré en arrière par des brides qui remplissent le cul-de-sac de Douglas. Le cul-de-sac latéral droit est effacé par une tumeur du volume d'une grosse orange, absolument immobile et séparée de l'utérus par un sillon très net. Cette tumeur est peu douloureuse ; elle est d'une consistance dure, presque ligneuse. Les annexes gauches sont nettement augmentées de volume.

État général très bon ; pas de fièvre.

Les lésions des annexes gauches ayant été reconnues sous chloroforme, on conclut à l'hystérectomie vaginale.

Diagnostic : Pyosalpynx double.

Hystérectomie vaginale le 23 *août* 1890. — L'utérus est enlevé par morcellement en trois étapes ; on tombe à droite sur une poche tellement adhérente, qu'après l'avoir évacuée complètement des caillots sanguins qu'elle renferme, on est contraint de la laisser en place.

L'ovaire gauche très adhérent et bourré de kystes est enlevé ainsi que la trompe dilatée comme l'index et remplie de pus.

Huit pinces à demeure.

L'opération a duré 35 minutes.

Suites opératoires. — Jusqu'à l'ablation des pinces, qui eut lieu après quarante-huit heures, la malade fut très agitée et eut des vomissements incoercibles. Le troisième jour, selle abondante (lavement) ; la malade urine seule.

Les tampons sont enlevés le cinquième jour.

La température s'élève à 38° le soir jusqu'au septième jour. Le pouls, à 120° les deux premiers jours, tombe au-dessous de 100, les pinces enlevées.

La guérison fut retardée par une large eschare au sacrum qui fut constituée le cinquième jour.

La malade se lève au bout de quatre semaines et quitte l'hôpital guérie, le 28 octobre.

OBSERVATION V

(*In* thèse Baudron)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle double
Opération de Péan. — Guérison

La nommée Frer... Marie, âgée de trente-six ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 11 avril 1891, chambre n° 10.

Elle a été réglée à onze ans, très régulièrement, et s'est mariée à dix-neuf ans. Elle a fait une fausse couche de 3 mois à 19 ans 1/2, et deux grossesses à terme à vingt et un ans et à trente ans. Depuis son dernier accouchement, elle a une leucorrhée abondante, les règles sont irrégulières, très abondantes et douloureuses.

Cet état s'est surtout aggravé depuis un an, malgré un traitement médical suivi avec persévérance.

Examen. — Utérus très gros, mais mobile. Hystéromètre : 8 cm. 5 col gros, entr'ouvert, admettant l'index.

Les annexes sont très douloureuses et ont le volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 16 avril 1891. Incision du cul-de-sac postérieur et examen des annexes qui sont reconnues malades.

Morcellement facile en trois étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes ont le volume du petit doigt et ont des parois très épaisses. Les ovaires ont le volume d'une noix ; ils sont remplis de kystes et très œdématiés.

Durée de l'opération : 20 minutes. Douze pinces à demeure.

Suites opératoires. — Réaction considérable du pouls, qui s'élève à 150° le soir du 4e jour, à 110 le 2e, 3e et 5e jours. La température s'élève à 38°, 4, le soir du 3e jour et à 39° le soir du 5e jour. A partir du 5e jour le pouls et la température redeviennent normaux.

Vomissements abondants jusqu'à l'ablation des pinces, au bout de 48 heures. Selle abondante à la suite d'un lavement.

Elle urine seule le 4e jour.

Le 4e jour, la malade se plaint d'une douleur au niveau du sacrum. On constate la présence d'une plaque rouge, de la dimension de la main, au niveau de la région sacrée, empiétant sur la fesse gauche. Le lendemain une eschare profonde est constituée.

Aucun autre incident ne vint entraver la convalescence. La plaie sacrée met un mois à se cicatriser.

La malade se lève le 24e jour.

Elle quitte l'hôpital le 1er juin 1891, ne souffrant plus.

OBSERVATION VI

(*In.* thèse Baudron)

Hystérectomie complémentaire. — Pyosalpinx gauche. — Guérison

Mme Poup..., âgée de trente deux ans, entre à la clinique Baudelocque, le 12 novembre 1892, dans le service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement, quelques douleurs au moment des règles.

Mariée en 1887, souffre de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite.

En 1888, accouchement par M. Champetier de Ribes, avec l'aide du forceps, au huitième mois de la grossesse, à la suite d'une chute, reste quelques jours au lit et perd un peu de sang. A ce moment elle observe une tumeur. Retour de couches normales à six semaines. Constipation opiniâtre d'habitude. Le 21 novembre 1888 est opérée par M. Labbé, qui lui retire, par laparotomie, une trompe ressemblant, dit la malade, à un petit éléphant ?

Elle souffre toujours dans le côté droit, se plaint d'une sensation de poids sur le rectum.

Au mois d'octobre, péritonite.

Examen. — A son entrée dans le service (12 novembre 1892) elle souffre énormément du côté droit. L'utérus est gros. Pesanteur dans e petit bassin et sur le rectum. Les annexes droites forment une tumeur très adhérente à l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 14 décembre 1892. Morcellement et évidement. Au niveau de la corne utérine, fibrome du volume d'un petit œuf ; la trompe gauche, du volume du pouce, contient du pus non fétide. Quatre pinces. Durée : 20 minutes.

Suites opératoires. — Nulles.

A noter le 3e jour la production d'une eschare sacrée droite, décubitus aigu. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 3e jour.

Aucun incident. — La malade se lève le vingt et unième jour et part complètement guérie, pour Le Vésinet, au bout de six semaines.

OBSERVATION VII

(*In* thèse Baudron)

Infection puerpérale. — Infiltration purulente de tout le tissus cellulaire pelvien. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Complications infectieuses multiples. — Fistule recto-vaginale. — Guérison.

La nommée R... Marie, âgée de dix-neuf ans, entrée le 10 janvier 1893, à la clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à quinze ans, régulières. Écoulement peu abondant. Peu douloureuses. Durée deux jours. Pas de fausse couche. Une grossesse gémellaire de sept mois. Accouchement le 10 janvier 1893, sans accidents, ni complications. (Clinique Baudelocque.)

Le 13 janvier, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement, la malade est prise brusquement d'une fièvre intense (40°,5). En même temps douleurs vives dans la fosse iliaque droite et métrorragies assez abondantes.

Traitement. — Pavillon d'isolement. Application de douze sangsues. Irrigations continues (Biiodure de Hg).

L'état subaigu continue jusqu'au 7 février. A ce moment la température redevient normale, l'état général est satisfaisant. Pendant cette période le toucher révèle la présence d'un utérus immobile, enclavé ; les culs-de-sacs latéraux et surtout postérieur semblent être remplis par une collection purulente assez abondante.

L'intervention est remise pour permettre à la malade de remonter son état général.

Diagnostic.—Pyosalpinx double. Pelvipéritonite suppurée. Hystérectomie vaginale le 15 février 1893. Friabilité exceptionnelle de l'utérus. A aucun moment de l'opération il n'a été possible de suivre un procédé opératoire quelconque. L'utérus se déchire sous la moindre traction. Ablation complète des annexes gauches, lesquelles sont représentées par une sorte d'éponge purulente sans beaucoup de pus (une cuillerée à café). Ablation à la fin des annexes malades enfermées dans de fausses membranes. Opération extrapéritonéale absolue. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée entourant les pinces hémostatiques Immédiatement après l'opération, injection de 60 grammes de sérum artificiel Durée : une heure. Neuf pinces.

Suites opératoires. — Le 15 au soir, état général satisfaisant. Pas de fièvre. Pouls : 110. Injections de caféine (Évacuation de matières fécales par le vagin. Fistule recto-vaginale).

Le 16 février. — Température monte à 38°,6 matin et 39°,6 le soir. Pouls : 80, langue sèche. État voisin de la septicémie. En présence de cet état, M. Segond fait remplacer la gaze iodoformée qui entoure les pinces hémostatiques. Traitement ; Sérum 60 grammes, caféine, deux injections à 0,20 centigr., champagne, glace.

Le 17. — Amélioration de l'état général. Fièvre moins intense. Cependant encore 150 pulsations. Ablation des pinces hémostatiques et de la gaze iodoformée. A partir de ce moment la malade est mise aux injections de biiodure (six par jour). Même traitement que la veille.

Du 18 au 22. — Température vespérale : 39°,4. Pouls : entre 130 et 120. Rien de particulier à noter.

Le 22. — Formation sur cuisse droite et fesse gauche d'abcès multiples, au niveau des piqûres produites par les injections de sérum et de caféine. Parmi ces abcès les uns se terminent par simple résolution sous l'influence de quelques pansements humides. Les autres, au nombre de trois, sont incisés (pansements humides). Commencement d'eschare fessière est combattu par pansements humides et matelas d'eau.

Le 28. — Le soir, point de côté; le lendemain 1er mars: Pneumonie. Pavillon d'isolément.

Traitement. — Ventouses sèches. Potion. Résolution en quelques jours.

Le 7 mars. — La malade est prise de douleurs vives au niveau du pied et de la partie postérieure de la jambe. Œdème assez considérable. Phlébite de la jambe gauche.

Traitement. — Gouttière et légère suspension. Compresses imbibées de chlorydrate d'AzH^3.

Le 13. — En même temps que s'améliore la jambe gauche, la droite se prend à son tour ; un peu d'œdème péri-malléolaires. Lésions moins étendues.

Même traitement.

Du 15 mars au 9 avril. — L'état reste à peu près stationnaire. Grande faiblesse de la malade. Anorexie à peu près complète. Anémie. La température oscille le plus souvent autour de 38°. Les matières fécales continuent à passer partie par l'anus, partie par le vagin.

Le 10. — A partir de ce moment l'état général devient meilleur, la température est normale et s'y maintient. La phlébite a disparu, mais la fistule recto-vaginale existe toujours.

Le 25. — La malade se lève et commence à marcher. État général satisfaisant. Convalescence.

Du 25 avril au 3 mai. — Amélioration continue. Cependant les matières fécales continuent à passer en partie par le vagin.

OBSERVATION VIII

(*In* thèse Baudron)

pingite parenchymateuse double. — Ovaire droit kystique
Opération du Péan. — Guérison

Mme V... Irma, âgée de trente-trois ans, entrée le 7 juin 1893 à la clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à onze ans : irrégulières, toujours en avance, variant de cinq à huit jours. Douloureuses. Écoulement assez abondant, durée de quatre à cinq jours. Leucorrhée dans l'intervalle. Un enfant. Pas de fausse couche.

En 1883 (l'année de son mariage), la malade a eu quelques douleurs abdominales et lombaires. A cette époque on lui fait porter un pessaire, une ceinture abdominale, probablement pour l'antéversion actuellement existante. En même temps, injections, badigeonnages de teinture d'iode. Légère amélioration consécutive. Cette amélioration a persisté jusqu'en 1887 ; à ce moment l'écoulement a eu lieu normal sans accidents ni complications.

En 1887, après l'accouchement, la menstruation est devenue irrégulière et abondante. Dans l'intervalle, leucorrhée abondante. En même temps douleurs abdominales et lombaires accusées au côté gauche. L'hiver dernier, exagération de ces phénomènes, un médecin a fait des pointes de feu sur l'abdomen. Malade nerveuse, a des insomnies fréquentes. Troubles dyspeptiques. Vomissements au moment des règles. Dans l'intervalle, pesanteur au niveau de l'estomac. Digestions lentes et pénibles. Inappétence. Constipation ordinaire. Troubles de miction : pesanteur abdominale précédant la miction. La malade urine souvent et goutte à goutte. Cœur : quelquefois palpitations et essoufflement, mais pas de lésions organiques, urines normales.

Examen. — Le palper abdominal est excessivement douloureux, surtout la ligne médiane et à gauche. Au toucher, utérus gros, en antéversion presque immobile. Col gros, mou et entr'ouvert. Les annexes des deux côtés sont grosses, douloureuses, surtout celles du côté gauche.

Hystérectomie vaginale le 28 juin 1893. Premier curettage : l'hystéromètre pénètre de 11 centimètres. Ecouvillonnage.

Deuxième hystérectomie. — Premier stade : suivant le procédé habituel création de deux valves cervicales et ablation. Ensuite, incision médiane de Doyen et bascule de l'utérus. Décortication des annexes droites. Hémostase très difficile à obtenir. Enfin, on vient à bout de l'hémorragie à l'aide d'une longue pince hémostatique. Ablation des annexes gauches. Au moment de l'ablation de l'écarteur de Péan qui protégeait la paroi recto-vaginale, apparaît, gros environ comme une petite orange, un kyste ; évacuation d'un liquide jaune citron. Décortication et ablation.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf le soir du deuxième jour, où le pouls est à 120 et la température à 38°4. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le troisième jour : apparition d'une eschare sacrée grande comme une pièce de cinq francs, le cinquième jour.

Guérison complète le 26 juillet, jour où la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX

(*In* thèse Baudron)

Hématocèle suppurée. — Pyosalpinx double. — Abcès des deux ovaires
Opération de Péan. — Fistule intestino-vaginale. — Guérison

Mme L.., âgée de vingt-quatre ans, entrée le 21 juillet 1893, à la clinique de Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents héréditaires. — Un frère mort de la poitrine à vingt-sept ans ; *personnels* : jamais de maladie aiguë antérieure, seulement depuis l'âge de dix-huit ans, elle se plaint de troubles dyspeptiques. Douleurs épigastriques, vomissements alimentaires, etc.

Premières règles à seize ans, toujours irrégulières. Avance de huit à dix jours. Peu douloureuses. Ecoulement assez abondant. Durée cinq ou six jours. Depuis leur apparition jusqu'à l'époque actuelle, les règles se sont toujours produites dans les mêmes conditions ; un enfant, pas de fausse couche. L'accouchement a eu lieu en mai 1890.

Il a été à terme, sans accident ni complication. Cinq semaines après la malade eut ses règles. Le mois suivant, elles subirent un retard de dix-neuf jours. Pendant toute cette période, douleurs abdominales sourdes, sans douleurs lombaires ni dans les cuisses.

Le 24 juillet, elle entre à Baudelocque, où l'on constate une double lésion des annexes. Le 2 août (les règles étaient alors terminées), la malade prend un lavement et, à la suite, elle est prise de douleurs violentes dans le bas ventre. En même temps, la fièvre monte et pendant trois jours elle oscille autour de 38°. M. Lepage constate une hématocèle.

Hystérectomie vaginale le 9 *août* 1893. — Incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un demi-litre de pus fétide. Les annexes sont reconnues malades des deux côtés. Morcellement très laborieux à cause de la friabilité excessive de l'utérus. Ablation complète des annexes (trompes remplies de pus, petits abcès de l'ovaire). En voulant saisir sans y voir, une fausse membrane avec une pince à dents, M. Segond déchire l'intestin grêle.

Durée : quarante minutes, six pinces.

Suites opératoires. — Injection, pendant trois jours de suite, de quarante grammes de sérum. Le lendemain de l'opération, la malade à 39°,4, le soir et 160 pulsations. Au bout de quarante-huit heures, ablation des pinces ; le troisième jour, ablation des lanières. Les matières fécales passent en grande partie par le vagin. Elles sortent moulées par le rectum, liquides par le vagin. Fistule intestino-vaginale.

Le troisième jour, apparition dans la région sacrée d'une eschare qui est traitée par la poudre de tannin et lavages au chloral.

Jusqu'à la fin d'août, la température oscille entre 37 et 38°. En septembre, elle retombe à la normale.

Le 11 septembre, guérison à peu près complète de l'eschare, persistance de la fistule intestino-vaginale.

Le 7 octobre, état général très satisfaisant, guérison de l'eschare, la malade part pour Le Vésinet (persistance de la fistule).

OBSERVATION X

(Terrier et Harmann, *Rev. de chir.* 1892)

Mme Camaly (Marie), femme Manarial, vingt-quatre ans, entre dans le service de M. Terrier, le 6 février 1888, pour un épithélioma du corps de l'utérus.

Antécédents. — Père et mère bien portants, huit frères et sœurs bien portants. Tœnia à onze ans.

Réglée à quinze ans, régulièrement dès le début. Mariée à vingt ans. Six mois après le mariage les règles ont cessé pendant quatre mois, au bout desquels des pertes survinrent pendant deux mois et se terminèrent par l'accouchement d'une masse charnue molle, dans laquelle on pouvait voir des masses gélatineuses, tremblotantes, en chapelet, analogues à des grains de raisin (suivant l'expression même de la malade). En même temps sécrétion lactée des deux côtés.

A la suite les règles sont revenues régulièrement pendant huit mois. Et de nouveau cessation complète des règles avec maux de tête, dégoûts, envies de vomir, douleurs aux seins. Cette interruption dura sept mois. La malade se croyait enceinte. Mais des pertes recommencèrent, peu abondantes, mais continuelles, durant deux mois. Au bout de ce temps (neuf mois après cessation des règles), douleurs comme pour un accouchement et accouchement d'une masse charnue piriforme, du volume d'une grosse orange formée d'un chapelet de vésicules translucides réunies en masses (20 janvier 1887). La comparaison avec la grappe de raisin est encore mieux précisée par la malade.

Puis règles régulières pendant deux mois. Ensuite des retards de douze jours, dix-huit jours.

En juin dernier, les pertes continuelles ont recommencées. Elles ne se sont pas arrêtées — depuis cette époque — peu abondantes d'ordinaire, mais avec des caillots et en grande quantité aux moments présumés des règles.

Il y a trois mois, à la suite d'une hémorragie plus sérieuse que de coutume, un médecin consulté conseille à la malade d'entrer à l'hôpital. Elle entre à l'hôpital temporaire, service du docteur Pozzi, et là on lui fait le curettage de l'utérus, 24 novembre 1887. Les pertes ne

cessant pas, on lui fit prendre d'abord de la digitale, des potions avec de l'ergotine. On lui fit aussi des piqûres d'ergotine.

Malgré tout, les pertes n'ont fait qu'augmenter en abondance depuis ce temps (sortie le 15 décembre 1887 de l'hôpital temporaire).

Depuis ce temps, pertes abondantes, continuelles. Le sang est un peu décoloré et de mauvaise odeur. La malade a notablement maigri. — Appétit diminué, troubles digestifs marqués (vomissements, dégoût des aliments, etc.).

6 février 1888. — Depuis l'entrée, on soumet la malade à une injection de sublimé 1/1000.

Le 13. — Spéculum. Utérus énorme, 8 centimètres remontant environ à 4 centimètres au-dessus du pubis. Laminaire moyenne.

Le 14. — Pertes moindres. Frisson d'une demi-heure à quatre heures du soir.

Le 15. — Vomissements alimentaires. Soif vive. Conjonctives subictériques. Elle perd très peu.

Examen au spéculum. — On enlève la laminaire, écoulement sanguin, rouge artériel, animé de battements appréciables à la vue, et avec une telle abondance qu'il fait penser à un cancer de la muqueuse de la cavité utérine ; lavages antiseptiques, éponge à l'éther iodoformé dans le col ; tampons iodoformés, tampons d'ouate sèche.

Frisson violent à midi, quelques instants après l'examen.

Le 16. — Elle perd très peu.

Le 17. — Quelques saignements de nez pendant la nuit. Frisson le matin.

Spéculum : Lavages antiseptiques, irrigation intra-utérine. L'écoulement sanguin de mêmes caractères qu'au dernier examen, est un peu moins abondant : éponge ; tampons iodoformés.

Le 26. — Spéculum : Lavages antiseptiques intra-utérins. Ecoulement sanguin toujours abondant. Odeur de cancer. Eponge, etc.

Le 24. — Spéculum : Lavages antiseptiques. Presque pas de sang. Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine et fait sentir une tumeur végétante, ramollie, sur la paroi antérieure de l'utérus. On se demande si ce n'est pas un polype putréfié.

Même pansement.

Le 27. — Le doigt introduit dans la cavité utérine est entouré de végétations. En recourbant le doigt vers la parti antérieure, on sent une cavité dans cette paroi.

Dans le ligament large à droite, on sent une tumeur.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est effacé.

Le sang a l'odeur de putréfaction : irrigations, éponge, tampons iodoformés.

Le 28. — Vomissements alimentaires, peu de pertes.

Le 1er et 2 mars. — Vomissements alimentaires.

Spéculum : Lavages antiseptiques. Odeur infecte. Col dilaté, éponge.

Le 5 . — Les pertes continuent. Etat général très altéré.

Le 7. — Hystérectomie vaginale (MM. Terrier et Quénu). Lavages antiseptiques. La cavité utérine est bourrée d'éponges. Pinces à griffe.

Incision transversale de la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieur. Décollement avec le doigt de la face antérieure de l'utérus à la vessie.

Hémorragie abondante, éponges.

Incision symétrique en arrière, à 1 centimètre au-dessous de la première. Décollement avec le doigt.

Pince de Museux sur le col. Eponge retirée.

Le doigt est introduit librement en avant et en arrière de l'utérus.

Ligament large tenu sur une pince. Incision aux ciseaux.

Une pince de Museux est mise sur le corps de l'utérus qu'on abaisse. Le doigt à ce moment arrive sur le fond de l'utérus : adhérences détachées. A ce moment la paroi antérieure de l'utérus très amincie, se déchire sous la pince de Museux et des fongosités s'échappent.

L'utérus est presque sorti. On sectionne le ligament droit sur une pince courbe.

Pinces laissées en place, tampons iodoformés.

Pansement. — 1 heure 10. La malade a perdu beaucoup de sang, surtout au commencement de l'opération.

8 mars. — Très grande agitation dans la seconde moitié de la journée et toute la nuit. Pas de vomissements.

Le 9. — Le délire persiste, monotone. Plaintes continuelles. Elle répond assez bien aux questions posées.

Les pinces sont enlevées. Pas d'écoulement sanguin.

Le 10. — Délires. Matières par le vagin.

Le 11. — Délire persistant, facies grippé. Pas d'écoulement sanguin depuis l'enlèvement des pinces. Matières par le vagin.

La malade ne prend qu'un peu de lait et de bouillon.

Le 13. — Un peu plus de calme.

Le 14. — Id. Eschare au sacrum.

Le 17. — Les matières ne sortent plus par le vagin qu'en très petite quantité. Alimentation difficile.

L'eschare au sacrum est très profonde et presque de la largeur de la main.

Le 21. — Flots de pus par le vagin à deux reprises dans la journée d'hier.

Malade très affaiblie.

Le 22. — L'écoulement de pus par la vulve est presque continu. Très affaiblie. Tousse. Nouvelle eschare en formation au niveau du trochanter gauche.

Le 23. — Diarrhée depuis cette nuit. Les matières sortent de nouveau par la vulve. Tousse un peu. Rien à l'auscultation du poumon. Traitement de la diarrhée par le bismuth, le lait, l'eau de chaux, la viande crue.

Le 28. — Plus de matières par la vulve.

9 avril. — Se lève. Va mieux.

Le 12. — Sort sur sa demande. Ne perd plus de matières par la vulve. L'eschare du sacrum n'est pas guérie.

La malade meurt chez elle le 26 mai 1888 d'accidents cérébraux.

Examen de la pièce par le docteur Poupinel.

Définition histologique : Epithéliomapovimenteux lobulé.

OBSERVATION XI

(Terrier et Hartmann, *Rev. de Chir.* 1892)

Mme Garnier (Henriette), femme Brogeny, âgée de trente quatre ans, entre le 17 juin 1890, dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma du col.

Réglée à 15 ans et demi, cette malade s'est mariée à seize ans et trois mois ; elle a eu sept enfants à terme, le premier a l'âge de dix-sept ans, le dernier il y a quatre ans. Six de ces enfants sont morts entre quatre mois et cinq ans. Pas de fausses couches ; pas de complications à la suite des accouchements qui ont été normaux.

Les règles, qui au début venaient régulièrement durant dix à douze

jours, apparaissent depuis une dizaine d'années d'une manière un peu irrégulière, tantôt avançant, tantôt retardant, avec une tendance à retarder toutefois ; elles ne durent plus que quatre à cinq jours en général. Elles n'ont jamais contenu de caillots et ne sont jamais accompagnées de douleurs.

Il y a huit ans environ, les règles se sont arrêtées au bout de quelques jours ont reparu après huit jours d'interruption, coulant à peine et se sont complètement arrêtées à la suite d'un bain de pied. Ces troubles menstruels furent suivis de douleurs abdominales qui la tinrent alité pendant deux mois environ.

Rien n'avait persisté cependant de ces accidents et la malade se portait parfaitement lorsqu'il y a un an, elle commença, chose qu'elle n'avait jamais eue, à avoir des pertes blanches, comparables suivant son dire à du lait. Au bout de deux à trois mois, les caractères de cet écoulement se modifièrent et le liquide devint manifestement plus séreux. Depuis six mois, elle perd de temps à autre, du sang pâle, bien différent de celui des règles qui est plus épais, plus rouge et paraît à l'époque habituelle, durant le même temps qu'autrefois.

Dans ces deux derniers mois, la malade a de plus souffert de tiraillements épigastriques, de douleurs de rein, se montrant irrégulièrement, pendant le repos au lit comme pendant la marche. Quelquefois elle éprouve des douleurs abdominales passagères, durant cinq à six minutes, revenant à diverses reprises pendant la journée, paraissant se montrer surtout pendant la station debout ou la marche et coïncidant en général avec les pertes d'eau roussâtres que nous avons signalées.

Les forces ont depuis deux mois notablement diminué, et il y a eu amaigrissement manifeste, palpitations à la moindre fatigue.

Aucun autre traitement que des injections antiseptiques et des bains.

Rien de particulier à relever dans les antécédents héréditaires de cette malade, qui a perdu sa mère d'une occlusion intestinale aiguë et dont le père est actuellement bien portant.

Le 23 juin, la malade perd un liquide d'odeur assez forte, faisant sur le linge de grandes taches très légèrement teintées en jaune ; n'empesant que peu la toile. Le ventre est souple, indolent.

Au toucher, on trouve dès qu'on entre dans le vagin, une tumeur

saillante qui remplit sa cavité ; cette tumeur est dure, inégale, occupe la place du col, dont on ne peut retrouver l'orifice. Remontant vers la base de cette tumeur, on retrouve la face inférieure du col saine, débordée par la tumeur ; latéralement, on dépasse aussi facilement le néoplasme ; en arrière, notre doigt est trop court pour atteindre le fond du cul-de-sac postérieur, et nous ne pouvons dépasser les limites du tissu morbide. La pression exercée sur celui-ci retentit douloureusement dans les profondeurs de l'hypogastre. Il n'y a pas d'induration des ligaments larges ; l'utérus est mobile et indolent dans ses mouvements.

Aucun trouble de la miction ni de la défécation ; pas de douleurs irradiées dans les membres inférieurs. Pas de lésions viscérales appréciables. Souffle anémique au premier temps et à la base du cœur. Le soir, léger œdème malléolaire, lié probablement à des varices.

Le 24, après anesthésie par M. H. Delagenière, M. Terrier pratique l'hystérectomie vaginale avec l'aide de M. Hartmann.

La tumeur, saisie avec deux fortes pinces de Museux, est amenée facilement à la vulve. Incision de la muqueuse vaginale sur la face antérieure du col ; décollement de la vessie avec le doigt et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur avec celui-ci.

Incision de la muqueuse vaginale postérieure ; ouverture du cul-de-sac recto-vaginal.

Une pince longue, modèle Terrier, est placée sur le ligament large droit que l'on sectionne ; l'utérus est amené au dehors ; le ligament large gauche est saisi entre les mors d'une longue pince, puis sectionné. Comme la pince droite est un peu haut et paraît pincer de l'épiploon, on place en dehors d'elle une autre pièce du même modèle qu'on enfonce un peu moins, puis on retire la première.

La muqueuse vaginale postérieure saignant un peu au niveau de sa section, les pinces à pression sont placées et laissées à demeure.

On fait avec quelques éponges montées, la toilette du péritoine pelvien qui ne contient du reste pas de sang.

Pansement avec trois tampons de gaze iodoformée placés à l'intérieur du vagin, plaque d'ouate au salol, un bandage en T.

L'opération a duré vingt-cinq à trente minutes.

25. — A part quelques vomissements, la malade va bien ; le ventre est légèrement météorisé ; un peu sensible à la pression dans sa partie inférieure ; le facies légèrement péritonéal.

26. — Même état. On enlève les petites pinces placées sur la muqueuse vaginale postérieure et la pince qui tenait le ligament large du côté gauche. Un peu de suintement sanguin se produisant à ce moment, on laisse la pince du côté droit.

27. — Même état. Le léger suintement sanguin qui avait suivi l'ablation de la longue pince du ligament large gauche s'est presque immédiatement arrêté. On enlève aujourd'hui la pince du ligament large droit.

28. — Les vomissements ont cessé ; le facies est bon, on enlève les tampons vaginaux.

A partir de ce moment la malade recommence à manger, et, n'était une eschare déjà constatée hier sur chacune des deux fesses, elle n'accuserait plus aucun trouble.

Le 16 juillet elle quitte l'hôpital, portant encore sur la fesse gauche une plaie plate, bourgeonnante, qui a suivi la chute de son eschare.

Le 25 juillet nous la revoyons en parfait état, la plaie de la fesse n'étant cependant pas encore complètement cicatrisée.

OBSERVATION XII

(Terrier et Hartmann, *Rev. de chir.*, 1892)

Mme Masson (Marguerite), femme Roland, âgée de trente-neuf ans, entre le 21 juin 1889 dans le service de M. Terrier, pour un épithéliome du col.

La malade a été réglée à douze ans, sans aucun antécédent. Les règles ont immédiatement été régulières, revenant tous les mois, durant cinq à six jours, coulant abondamment et contenant des caillots.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. La malade a eu cinq enfants, le premier à 17 ans, le dernier à 24 ; les couches ont été bonnes : une seule, la deuxième, s'est accompagnée d'une hémorragie abondante. Pas de fausses-couches. Des cinq enfants, un seul est vivant, le premier, qui a été élevé par la mère ; les quatre autres sont morts en nourrice.

Jusqu'à ces derniers dix-huit mois, la malade n'avait rien éprouvé

de spécial du côté de l'utérus, lorsqu'elle fut prise de pertes qu'elle comparaît à de l'eau rousse, mélangée d'humeurs, sans que jamais le liquide contint de glaires véritables.

Les règles, tout en continuant à venir régulièrement, s'étaient un peu rapprochées et paraissaient toutes les trois semaines. De plus, lorsque la malade se levait ou se fatiguait un peu, il venait du sang rouge, mais en petite quantité.

23 juin. — Au toucher vaginal, on constate l'existence d'une tumeur inégale, dure, remplissant le vagin. On ne retrouve qu'avec peine l'orifice du col situé en arrière du néoplasme et limité par une lèvre postérieure en apparence saine.

En avant, à droite et en arrière, on retrouve le vagin, sans cependant atteindre le cul-de-sac.

L'utérus est mobile, indolent.

Par le palper combiné au toucher on ne trouve pas de tumeur latérale à l'utérus ni de douleurs en aucun point.

Ces diverses explorations ne déterminent pas d'écoulement sanguin ; c'est à peine si l'on ramène avec le doigt quelques mucosités teintées en rouge.

Il n'y a pas de troubles de la miction, ni de la défécation ; la malade mange et digère très bien ; les viscères ne présentent rien d'anormal.

Le teint est d'une pâleur mate, mais la malade est encore grasse.

Le 28.— Anesthésie par M. Delagenière, aide M. Quénu. Le col saisi avec pinces de Museux est facilement amené à la vulve. Terrier incise la muqueuse vaginale sur la face antérieure du col, et libère avec le doigt, aidé des ciseaux, le col de la vessie. Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert avec les ciseaux. Le doigt pénètre facilement dans la cavité.

La muqueuse est alors incisée sur la face postérieure du col ; le péritoine ouvert avec les ciseaux. Le doigt pénètre dans la cavité péritonéale et déchire quelques adhérences celluleuses à gauche.

Une pince longue, articulable est placée sur le ligament large du côté droit. En s'assurant avec le doigt que cette pince n'a rien saisi autre que le ligament large, on sent à son extrémité, entre ses mors, quelque chose de dur, l'ovaire probablement. La pince est alors desserrée, amenée un peu plus au dehors, puis resserrée.

Une 2e pince est placée sur le ligament latéral gauche qui se laisse assez difficilement abaisser.

Les ligaments sont alors sectionnés. A droite, une artère du haut du ligament large, mal comprimée, donne un jet de sang. On ne la saisit qu'avec difficulté et en plaçant une série de pinces, à forcipressure. Pas de pince sur les incisions vaginales, antérieure et postérieures qui ne saignent pas.

Toilette du péritoine avec des éponges montées qui ne ramènent pour ainsi dire pas de sang. Tampons iodoformés ; ouate au salol.

Soir. — Le ventre est souple, indolent; il n'y a pas eu d'écoulement sanguin, la malade se plaint surtout de douleurs de rein ; vomissements biliaires, 37°,5.

Le 29. — Quelques douleurs abdominales. Léger météorisme ; encore des vomissements, mais rares et peu abondants. Il a coulé dans le pansement un peu de liquide séreux ; 37°,3 et 37°,5.

Le 30. — La malade a encore vomi deux fois cette nuit ; le ventre est toujours légèrement météorisé, bien qu'indolent à la pression. Ablation des pinces, 38°,2.

Soir. — A midi, l'infirmière veut sonder la malade ; elle ne retire pas une goutte d'urine de la vessie ; elle pense alors qu'il y a eu miction au moment de l'ablation des pinces. Mais vers une heure la malade se plaint de sentir quelque chose de chaud couler ; elle croit qu'elle saigne, fait appeler la surveillante qui constate que les urines coulent par le vagin ; 38°,2.

Les jours suivants, l'écoulement continue, le météorisme et les douleurs cessent ; mais le 10 juillet on constate le développement sur les fesses d'eschares très étendues. A ce moment, la malade, tout en continuant à perdre ses urines, a des mictions volontaires.

L'incontinence d'urine va du reste en diminuant graduellement, et lorsque la malade quitte la salle le 20 juillet; elle ne perd plus que quelques gouttes de liquide ; mais les plaies résultant de la chute des eschares fessières sont loin d'être cicatrisées.

Le 25. — Nous la revoyons; elle perd toujours un peu d'urine par le vagin, les plaies fessières ne sont pas encore cicatrisées. En examinant la malade, on sent, au fond du vagin et à gauche, une induration correspondant à la fistulette vésicale (noyau néoplasique, induration inflammatoire de la fistule?) ; on penche pour un noyau néoplasique.

Cette hypothèse s'est confirmée par ce fait qu'en fin août la fistule ne laisse plus passer d'urine alors qu'en même temps le bourgeon induré a grossi.

Depuis lors, la fistule s'est rouverte, la récidive s'est caractérisée, la malade s'est cachectisée peu à peu et est morte le 20 août 1890.

OBSERVATION XIII

(Terrier et Hartmann, *Rev. de ch.*, 1892)

Mme Corbières (Marie), soixante-trois ans, entre le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma intra-cervical.

Cette malade, formée à quatorze ans, a été toujours réglée régulièrement, les règles coulaient deux ou trois jours sans douleurs ni caillots ; à cinquante et un an, après une perte abondante, elles se sont définitivement arrêtées.

Le début des accidents qui amènent la malade à l'hôpital, remonte à dix-huit mois. Jusque-là elle n'avait jamais rien éprouvé du côté de l'utérus. A cette époque, elle commença à être prise de pertes qui n'ont jamais cessé et qui se produisent d'une manière spéciale, qu'elle précise très bien.

Tous les huit ou quinze jours en général, quelquefois à des intervalles plus grands, de trois semaines, elle est prise de douleurs dans les fosses iliaques et dans les reins ; ces douleurs vont augmentant pendant vingt-quatre ou trente-six heures, au bout desquelles elle a une véritable perte, qui ne dure qu'une heure et demie en moyenne, mais qui est suffisamment abondante pour l'obliger à se garnir et à changer plusieurs fois de serviettes pendant ce court espace de temps. Cette perte est constituée par un mélange de sang et de matières comparables à du blanc d'œuf, d'une odeur infecte. Dès que la perte est terminée, les douleurs cessent complètement et il y a une sensation de bien-être très réelle.

En dehors de ces écoulements périodiques, la malade perd constamment un peu d'eau rousse, et même, depuis trois ou quatre mois, des pertes rouges à peu près discontinues.

Depuis le début de ces accidents, c'est-à-dire depuis dix-huit mois,

la malade a considérablement maigri ; il y a cinq mois, elle a eu pendant quelque temps des mictions fréquentes et douloureuses, et il y a deux mois, elle a été prise de rétention d'urine, ayant nécessité le cathétérisme pendant dix jours.

Rien de particulier à relever dans les antécédents. Deux accouchements faciles, à terme, sans accidents, l'un à l'âge de trente ans, l'autre à trente-trois ans.

Le 20 juin. — Le ventre est souple et le simple palper abdominal ne permet de rien constater. Au toucher vaginal, le col est abaissé assez près de la vulve et regarde en avant, l'utérus est en rétroversion légère. Ce col est dur, a un contour régulier, lisse ; dans sa cavité, qui admet l'extrémité du doigt, on sent des bourgeons assez durs et inégaux. Il est mobile, mais au niveau des culs-de-sacs latéraux, le le doigt perçoit une certaine résistance, surtout marquée à droite (évasement de l'utérus ? infiltration des ligaments larges ?)

L'examen au spéculum montre que la cavité du col est remplie de bourgeons arrondis, un peu irréguliers cependant, rongés, ulcérés, qui font saillie jusqu'au niveau de son orifice externe.

La malade est pâle, à chairs flasques ; elle a néanmoins bon appétit et n'accuse aucun trouble, ni de la miction, ni de la défécation

Le 8 juillet. — L'anesthésie est faite par M. Delagénière. L'opération est pratiquée par M. Terrier, avec l'aide de M. Hartmann. Le col, saisi avec les pinces Richelot, se laisse facilement abaisser, mais il est comme pris dans une boutonnière formée par la partie profonde du vagin trop étroit pour se laisser renverser complètement. La muqueuse vaginale qui recouvre la face antérieure du col, est incisée, le doigt décolle la vessie, et ce décollement est poussé extrêmement loin. Une étendue correspondant à la longueur totale du doigt est décollée que le cul-de-sac péritonéal n'est pas encore ouvert; à ce moment, cependant, on perçoit la résistance du cul-de-sac. On le crève avec l'extrémité d'une longue pince à pression, puis on le déchire à droite et à gauche avec l'extrémité de cette pince.

La muqueuse vaginale qui recouvre la face postérieure du col est alors incisée, le cul-de-sac ouvert, le doit déchire quelques adhérences de la face postérieure de l'utérus.

Une pince longue, courbe, articulable, est placée sur le ligament large du côté gauche, qui est sectionné peu à peu avec des ciseaux

mousses. Une seconde pince est placée sur le ligament large du côte droit qu'on sectionne à son tour.

On essaie alors, mais en vain, d'extraire l'utérus ; recherchant si tout a été bien sectionné, on constate que la partie supérieure du ligament large du côté droit n'a pas été coupée.

Cette dernière section faite, on cherche à attirer l'utérus au dehors ; le col se dégage ; des pinces à traction de Richelot sont alors placées au niveau de l'isthme devenu abordable ; mais celui-ci s'écrase sous la pression des pinces et laisse écouler de la sanie cancéreuse. On arrive cependant à placer une pince de Museux sur la partie inférieure du col qui est volumineux, régulier et lisse, et, bien qu'avec peine, on extrait l'utérus.

Cinq pinces à pression sont placées sur l'incision vaginale postérieure ; l'incision antérieure ne saigne pas.

Toilette du péritoine avec des éponges montées qui deviennent à peine teintées. Tampons iodoformés.

L'opération a duré cinquante minutes.

La malade est rapportée dans son lit un peu froide ; elle reste plusieurs heures très affaissée. Nous la revoyons six heures après l'opération : elle est très bien.

9 juillet. —Pas de vomissements depuis l'opération ; facies très bon ; la malade demande à manger.

10 juillet. — On enlève les pinces, la malade se lève et va se promener, on la retrouve sur la terrasse de la salle.

Depuis ce jour la malade mange et boit comme tout le monde sans qu'à aucun moment il ait été possible de la tenir complètement alitée. C'est à peine si le 10 et le 11 elle a présenté un léger degré de metéorisme abdominal, et le 13 une petite eschare au sacrum.

Elle sort guérie, le 29 juillet.

Un an après, elle a été reprise de métrorragie. Elle souffrait et s'affaiblissait déjà depuis quelque temps. Elle est morte en septembre 1891.

Examen de la pièce. — Toute la cavité du col est occupée par une masse bourgeonnante qui s'étend jusqu'au dessus de l'isthme, détruisant en grande partie le muscle utérin à ce niveau. La cavité du corps est très dilatée, la paroi musculaire très hypertrophiée.

L'examen histologique fait par M. Lieffering, externe du service, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION XIV

(Terrier et Harmann, *Rev. de chir.* 1892)

Mme Blain, âgée de 41 ans, entre le 20 août 1890, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante douze ans, de vieillesse ; mère morte à cinquante deux ans d'une affection utérine de nature mal déterminée. Une sœur de cinquante trois ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance, sauf un érysipèle de la face à l'âge de dix ans. Réglée à dix ans et demi sans accident; les règles abondantes mais indolentes, durant quatre à cinq jours, sont toujours venues régulièrement. A 27 ans, met au monde un fœtus mort-né, de six mois, après une grossesse pendant laquelle les règles ne s'étaient jamais interrompues. Pas d'autres grossesses.

Il y a cinq ans, opérée à Londres d'une tumeur du sein gauche. Guérison. Cicatrice de trois centimètres en dehors du mamelon gauche.

Il y a deux ans et demi apparurent des métrorragies, d'abord espacées, puis presque continues, qui l'affaiblirent considérablement.

En juillet 1890, les pertes devenant extrêmement abondantes, elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, qui lui fait un curettage.

Les pertes sanguines diminuent un peu, sans s'arrêter cependant complètement. Il existe des douleurs abdominales, et, lorsque la perte rouge diminue un peu, un écoulement jaunâtre d'odeur fétide s'écoule.

Aussi, la malade entre-t-elle à l'hôpital Bichat.

Malade amaigrie à un degré extrême, presque cachectique. Ecoulement séro-purulent d'odeur infecte du col qui est sain. Utérus gros, mais mobile.

Nous dilatons l'utérus avec des laminaires et faisons le toucher digital qui nous montre une face interne d'utérus inégale et mamelonnée saignante.

Le 28 août, hystérectomie par M. Reymond, interne du service. Incision des culs-de-sacs. Première pince longue droite est placée sur le ligament large gauche. Section de la partie inférieure de ce ligament. Deuxième pince au dessus, section de la partie supérieure de ce

ligament. Après avoir retiré l'utérus au-dehors, on place sur son bord droit une pince et libère l'utérus entièrement.

L'opération, simple, n'a pas duré vingt minutes. Elle a été faite sous un courant d'eau additionnée de liqueur de Van Swieten.

Guérison apyrétique, eschare au sacrum.

La malade reprend les forces et la santé, elle engraisse et se porte très bien jusqu'en mars 1891. Elle est prise à ce moment de symptômes d'occlusion intestinale chronique, pour lesquels elle entre dans le service de M. Terrier ; ces accidents cessent spontanément et la malade quitte l'hôpital trois semaines après de nouveau bien portante.

Le 27 septembre, nous la revoyons en parfaite santé; le fond du vagin est souple et sans la moindre induratian.

L'examen histologique de la pièce, fait par M. Lieffering, a montré qu'il s'agissait d'une métrite chronique hypertrophique.

OBSERVATION XV

(Résumée)

(Legueu, Congrès de gynécologie, Bordeaux, 1895)

Femme atteinte de suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement remontant à dix-huit mois.

L'opération fut particulièrement difficile. L'utérus était solidement enclavé, il était insaisissable. On ne put l'extraire que par morcellement et il fut impossible, malgré tous les efforts tentés, d'extirper les annexes. On se borna à ouvrir quelques poches non sans avoir auparavant fait des efforts infructueux pour décoller et abaisser les annexes.

Quatre jours après apparaissait au sacrum une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs qui s'étendit encore et laissa à sa place une large plaie.

Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie la malade guérit.

OBSERVATION XVI

(Résumée)

(Legueu, Congrès de gynécologie, Bordeaux, 1895)

Femme opérée d'un fibrome par hystérectomie vaginale et qui fut également atteinte d'une eschare sacrée.

Opération assez laborieuse ; le fibrome remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait en outre une masse du côté droit qui ne voulait pas descendre. L'opération dure une heure et demie.

Trois jours après, apparaissait au sacrum une eschare qui s'étendait jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse à la suite et sous l'influence sans doute de cette eschare.

Malgré cela la guérison survint.

OBSERVATION XVII

(*In* Thésée, thèse, Paris, 1897)

La nommée R... (Anna), âgée de quarante deux ans, domestique, entre le 30 janvier dans le service du docteur Lucas-Championnière, à l'hôpital Beaujon, n° 15, pour un fibrome utérin.

La malade jouissait d'une bonne santé habituelle.

Elle fut réglée à douze ans, et ses époques furent normales et régulières jusqu'à l'âge de trente-sept ans.

A vingt et un an, elle eut un enfant qui naquit à terme. Il était volumineux et l'on dut faire une application de forceps. On procéda également à la délivrance artificielle. Il n'y eut pas d'hémorragies.

A vingt-deux ans la malade fit, sans cause appréciable, une fausse couche d'environ deux mois.

Depuis cette époque il ne s'était produit rien d'anormal dans sa santé.

Le début des accidents dont elle se plaignait remontait à cinq ans. A cette époque, la malade avait remarqué que ses règles duraient plus longtemps huit, dix, douze jours au lieu de cinq comme auparavant. En outre elle perdait beaucoup de sang.

Depuis deux ans, sous l'influence, dit la malade, du froid ou d'une émotion, ses règles apparaissent deux fois dans le même mois.

Pas de douleur à cette époque ; pas de gêne non plus, mais constipation opiniâtre.

Il y a quelque temps, à la suite d'un refroidissement, au dire de la malade, elle ressentit une douleur aiguë dans le ventre, sans irradiations, qui fut suivie d'une métrorragie très abondante qui dura six jours.

Les règles étaient survenues huit jours auparavant.

Jamais de pertes blanches.

A son entrée la malade est très anémiée par les métrorragies constantes auxquelles elle était en proie. Elle est un peu amaigrie, très pâle.

A l'examen, on sent par le palper une tumeur dure remontant jusqu'à trois doigts au-dessous de l'ombilic, de dimensions assez facilement appréciables à travers la paroi, mobile.

Au toucher, on trouve le col dirigé en arrière et à gauche.

Dans le cul-de-sac droit on sent une masse dure, dont la pression est assez douloureuse.

Etat général assez médiocre; appétit mal conservé.

Pas de lésions aux poumons ni au cœur.

Urines normales.

La malade est laissée au repos. L'état général se remonte un peu. Elle continue à avoir des métrorragies qui sont combattues par la poudre de sabine ; mais vu leur persistance et celle des douleurs, on décide une intervention qui est proposée et acceptée.

Le 19 février, la malade est transférée au pavillon Dolbeau et subit une hystérectomie vaginale par morcellement après anesthésie par le chloroforme. L'opération fut d'une difficulté moyenne et dura environ une heure.

Quatre pinces furent placées sur les ligaments larges ; le vagin fut tamponné à la gaze iodoformée.

La tumeur extraite était un fibrome et il ne parut pas qu'il y eut jamais eu autour de lui de foyers inflammatoires.

La malade fut reportée dans son lit. Le soir de l'opération elle était dans un état satisfaisant avec 38° de température.

Le 20, état satisfaisant. Température 37°,6. La malade ne se plaint

pas du ventre. Très patiente, elle supporte bien ses pinces. Le soir, 37°,8.

Le 21, la malade est en bon état. Température 37°,4. On enlève les pinces ; elle ne souffre toujours pas.

Le soir, 37°,8. Elle dit se trouver bien depuis l'ablation des pinces.

Les 22 et 23, continuation de l'amélioration. La malade déclare aller très bien. Elle ne souffre de nulle part. Température normale.

Le 24, au matin, l'état général est très bon. Le soir, à la contre-visite, la malade est un peu agitée, fébrile. La température est à 39°. Interrogée, elle déclare se trouver bien, elle ne souffre de nulle part. On pense qu'il y a peut-être un peu de rétention derrière son pansement vaginal.

Le 25, au matin, la température étant de 38°, on se prépare à changer le pansement vaginal, et on s'aperçoit, en mettant la malade en position, qu'elle a une eschare sacrée, à peu près de la dimension de la paume de la main. La peau y est entièrement détruite, et, tout autour, les téguments sont un peu rougeâtres, mais sans trace d'inflammation. Le pansement vaginal est changé. L'eschare est pansée avec de la poudre de Lucas-Championnière et la malade remise dans son lit. On la remit sur un coussin à air pour éviter la compression de l'eschare sur le lit. Le soir, la température monte à 39°.

Le 26, la température tombe à 38°,2 le matin, et à 38° le soir.

Le 27 elle est à 38°,2 le matin, mais remonte à 39°,3 le soir.

Le 28, la malade a beaucoup décliné. Elle est affaiblie, mais dans un état d'agitation assez considérable. Interrogée, elle répond très bien et dit ne pas souffrir. On pense que l'iodoforme dont est imprégnée la gaze du pansement vaginal peut être pour quelque chose dans cet état, aussi le pansement est-il retiré. Une injection légère est faite pour entraîner autant que possible l'iodoforme, et le tamponnement du vagin est fait à la gaze salolée.

Malgré cela, l'état de la malade continue à empirer.

L'agitation devint plus grande. Elle eut du délire avec agitation, chants et cris.

Le 1er mars, l'état général s'est encore aggravé. Même état délirant. Néanmoins, la malade a conservé quelque lucidité quand on lui parle. Elle répond avec bon sens et déclare ne pas souffrir.

Son eschare est pansée, ainsi qu'elle l'était d'ailleurs tous les jours. Pas de modifications. Elle n'a aucune tendance à s'étendre.

Le soir, malade très mal.

Son état continue à empirer; il est considéré comme désespéré, et la malade meurt effectivement dans la nuit.

Le 4, autopsie. Tous les organes sont sains, sauf les poumons qui présentent un très léger degré de congestion à la base, peut-être d'ailleurs d'origine agonique.

Le péritoine est absolument sain. Toute la tumeur a été enlevée et on ne remarque rien d'anormal du côté du petit bassin.

Les nerfs du plexus sacré ont été disséqués en partie et des échantillons ont été prélevés pour un examen histologique ultérieur.

Malheureusement un accident de laboratoire a empêché qu'il eût lieu, ce qui est très regrettable, car les cas de mort à la suite d'eschare sacrée sont assez rares.

L'autopsie n'a donc pas éclairé la cause de la mort.

OBSERVATION XVIII

(Thésée, *in* thèse, Paris, 1897)

Marie C..., vingt-trois ans, entre à la Charité, à Lille, dans le service de M. le professeur Duret, en avril 1896.

Il y a quatre ans, à la suite d'un avortement, elle a présenté une salpingite purulente pour laquelle M. Delbet lui a fait une incision vaginale. Deux ans après, nouvelle poussée douloureuse traitée dans le service de M. Dubar, par la dilatation utérine. Depuis ce temps la malade a continué à souffrir du côté du petit bassin ; elle avait par moments des crises douloureuses qui la forçaient à se coucher. Elle présentait d'ailleurs des signes de vaginite blennorragique.

En mai 1896 elle est prise brusquement de phénomènes graves péritonéaux; fièvre, ballonnement du ventre, vomissements.

Appelé auprès d'elle je constate des signes de pelvi-péritonite très prononcés et la fais entrer à l'hôpital. L'exploration est douloureuse. L'utérus est fixé et entouré de masses lobulées très sensibles surtout à gauche. De ce côté, le palper abdominal simple permet de sentir une masse énorme qui remonte à peu près jusqu'à hauteur de l'ombilic. La malade est profondément anémiée.

Le 17 avril, M. Duret pratique l'hystérectomie vaginale.

Vulve étroite de nullipare. Section circulaire autour du col. Ligature des artères utérines suivie de l'incision transversale du col; le corps de l'utérusimmobile ne descend pas du tout. Incision médiane avec un bistouri long ; le fond de l'utérus ne peut davantage être attiré ; on incise l'organe par le morcellement. Au moment où le bistouri dans l'incision médiane a atteint le cul-de-sac postérieur, il s'écoule une cuillerée de pus fétide. Après extirpation de la matrice, les doigts pénètrent dans la partie latérale droite du bassin et amènent avec beaucoup de peine après des tractions laborieuses une trompe distendue, ayant le volume d'une saucisse, pleine de pus. Le ligament correspondant est pincé, puis lié.

A gauche la trompe constitue également une masse du volume du poing qui occupe surtout le cul-de-sac postérieur. On ne peut arriver à l'extirper malgré des manœuvres très patientes ; on réussit seulement à en arracher quelques débris. De ce côté persiste le gâteau sous-ombilical induré ; on n'y sent pas de poches fluctuantes et comme l'opération a déjà été longue et pénible ont s'en tient là.

Lavage abondant, puis tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été graves immédiatement : pouls petit, respiration précipitée, ventre ballonné, vomissements, diarrhée. Au sixième jour, la sœur du service appelle mon intention sur une eschare qui s'est développée un peu à droite de la crête sacrée ; il y a là une plaque grise, molle, grande comme une pièce de cinq francs, déjà limitée par l'ébauche d'un sillon d'élimination. Malgré des pansements soignés, cette eschare se développe considérablement en surface et en profondeur, et au quinzième jour, lorsqu'elle est complètement éliminée, on constate que le sacrum, est tout à fait dénudé sur une étendue à peu près grande comme la paume de la main. En même temps persiste un état général grave, infectieux , avec fièvre, ballonnement du ventre, diarrhée, vomissements. Au bout de trois semaines, les phénomènes généraux cessent, et la cavité sacrée commence à se remplir de bourgeons charnus. Il persiste une plaie sacrée qui ne se cicatrise complètement qu'au bout de sept semaines.

Deux mois après l'opération, la malade sortait de l'hôpital.

Elle a été revue en mai 1897, plus d'un an après l'opération. Son état général est excellent.

Localement la masse volumineuse que l'on sentait dans tout le côté gauche du bassin et dans la fosse iliaque correspondante a presque totalement disparu. La malade ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XIX

(Docteur Vanverts, *Gazette des hôp. civils et militaires*, mai 1904)

Mme D..., trente-cinq ans ans, opérée il y a dix-huit mois par M. le docteur Potherat, à la Maison municipale de Santé, à Paris. L'opération consista en une ovaro-salpingectomie bilatérale avec conservation de l'utérus. Un drain fut laissé à la partie inférieure de la plaie. Une suppuration de plusieurs mois suivit cette intervention et ne cesse qu'après l'élimination de plusieurs fi's de soie.

La malade a continuée à souffrir du ventre ; mais les douleurs sont moins fortes qu'auparavant. Depuis quelques mois elle souffre en outre du côté du rein droit. Ténesme rectal ; douleurs pendant la défécation. Intestin paresseux, constipation, glaires et fausses membranes dans les selles, coliques intestinales fréquentes.

Les règles ont continué à apparaître normalement pendant un an après l'opération ; puis elles ont complètement disparu. Pas de leucorrhée.

Femme très nerveuse.

Examen. — Éventration très marquée. La cicatrice est large de 4 centimètres. L'intestin fait saillie sous la peau. L'utérus gros, en rétroflexion adhérente, douloureux à la pression, fait une saillie dans le rectum. Le rein droit est légèrement descendu, réductible, douloureux à la pression.

Diagnostic. — Éventration, néphroptose droite, entérocolite, périmétrite, immobilisation, utérus anciennement infecté.

La malade menaçant de se suicider si l'on n'intervient pour supprimer les troubles dont elle souffre, je décide d'opérer l'éventration, espérant ainsi donner au rein droit un soutien suffisant pour éviter l'accroissement de la ptose et diminuer les douleurs consécutives à celle-ci. Je me propose en outre d'enlever l'utérus.

L'entérocolite sera traitée ultérieurement.

Opération (2 février 1903). — Je suis aidé par M. Bleuzé, médecin de la malade. La malade est placée en position inclinée. Incision losangique circonscrivant la cicatrice cutanée ; cette incision est prolongée en haut sur la ligne médiane de 5 à 6 centimètres. La peau seule est coupée dans la portion losangique de l'incision. Dans la partie supérieure, rectiligne, la section est poussée jusqu'au péritoine. Je pénètre ainsi dans la cavité péritonéale libre d'adhérences en ce point. L'épiploon fait aussitôt hernie dans la plaie. Celui-ci adhère intimément à l'anneau fibreux herniaire et à la cicatrice. Je le lie au-dessus de la portion adhérente en deux pédicules à l'aide de catguts entre-croisés. Je puis alors poursuivre l'incision de la paroi sous le contrôle de l'œil et résèque ainsi la cicatrice. Celle-ci tient cependant encore par l'épiploon qui, au dessous d'elle, va adhérer à l'intestin et à la vessie. Je respecte ces adhérences et sectionne l'épiploon de nouveau après ligatures au catgut. La cicatrice peut ainsi être enlevée avec la portion d'épiploon qui lui est adhérente.

Je passe alors à l'examen de la cavité abdominale. L'intestin ne présente aucune adhérence avec la paroi du ventre dont il était séparé par l'épiploon ; mais plusieurs anses intestinales sont adhérentes entre elles et adhèrent en outre profondément à une tumeur qui doit être l'utérus. Celui-ci est complètement caché par ce voile intestinal et ne peut être aperçu en aucun point. On ne peut donc l'explorer que par la palpation. Je renonce à le libérer, car l'intestin lui est intimément uni.

Une suture à points séparés au catgut est placée sur les lèvres de l'incision péritonéale, mais celles-ci ne peuvent être mises au contact qu'aux deux extrémités de la plaie, en raison de la grande perte de substance produite par la réaction de la cicatrice herniaire. De nombreux points séparés au catgut réunissent les bords des muscles droits que j'ai dénudés largement et les amènent au contact sans tiraillements notables. Un surjet au catgut est placé sur les tissus fibreux prémusculaires. La peau est réunie au crin. Pansement à la gaze stérilisée.

Suites. — Nausées et vomissements pendant 4 jours (ils avaient duré trois jours après la première opération). Apyrexie absolue ; la température la plus élevée fut de 37°,5 le lendemain de l'opération. Le pouls resta à 119 le 4 février, puis descendit rapidement à la nor-

male. Etat général toujours bon. Aucune douleur à la pression du ventre.

Je défais le pansement à deux reprises, craignant la désunion de la plaie sous les efforts des vomissements; ceux-ci ont été si violents que, le 8 février, je trouve du sang au niveau de la ligne de suture. Les fils sont enlevés le 11 février. La réunion est parfaite, sauf une étendue de 2 à 3 centimètres au niveau du point où le sacrifice de la paroi a été le plus considérable et où la tension des fils a été plus forte ; il y a là une très légère désunion superficielle qui s'accentue un peu les jours suivants. La cicatrisation de la plaie cutanée abdominale est complète le 28 février.

Le 9 février la sœur s'aperçoit d'une eschare sacrée médiane dont les dimensions n'atteignent pas celle d'une pièce de 5 fr. Cette eschare est la cause de douleurs assez vives. On la traite à l'aide de divers topiques (iodoforme, acide picrique, calomel). La malade est placée sur un rond de caoutchouc ; mais elle ne veut pas y rester. La chute de l'eschare ne se produit qu'au bout de plusieurs jours, la plaie qui reste après elle se cicatrise très lentement ; la guérison n'est complète de ce côté que le 10 mars. La cicatrice reste encore sensible pendant plusieurs semaines. Au cours du traitement de l'eschare se produit un érythème fessier consécutif à l'application d'iodoforme que la sœur avait faite malgré ma défense.

Le 13 février on applique sur le côté droit qui était le siège d'une douleur intercostale, une couche de teinture d'iode ; celle-ci détermine l'apparition d'une vaste phlyctène qui crève bientôt ; la plaie qui lui succède n'est cicatrisée qu'au bout de quinze jours.

Dès le 21 février on commence des lavages quotidiens de l'intestin avec une solution composée de 5 parties d'eau bouillie, d'une partie d'eau oxygénée et d'un peu de bicarbonate de soude. Ce traitement continué pendant plusieurs semaines amène une disparition presque complète des troubles intestinaux.

Je revois la malade le 25 mars. Les douleurs de la région rénale droite ont disparu. L'état général s'est beaucoup amélioré, la cicatrice abdominale est solide. Cependant les deux muscles droits ne sont pas tout à fait au contact l'un de l'autre. La malade continuera à porter une sangle de Glénard plusieurs mois.

OBSERVATION XX

(VANVERTS, *Gazette des hôpitaux civils et militaires,* 1904)

Mme C..., quarante-deux ans. Deux accouchements ; le dernier il y a douze ans. Règles normales ; un peu plus abondantes il y a deux ans.

La miction présente depuis deux ans des difficultés, surtout le matin et pendant les règles. Le matin, au lever, la malade ne peut uriner qu'avec difficulté et peu abondamment, quelque temps après elle urine normalement. Il y a dix jours s'est produite une rétention d'urine qui a nécessité le sondage.

Aucune souffrance. Constipation depuis quelques mois, ne cédant qu'à l'administration de plusieurs lavements.

Etat général exellent.

Examen (23 novembre 1901). — Le pelvis est rempli par une masse fibromateuse qui remonte dans le ventre jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. On peut avec le doigt vaginal la refouler un peu vers le haut. Ce fibrome est développé dans la paroi postérieure de l'utérus. Le col est mou ; entre ses lèvres existe un petit polype dont le pédicule grêle remonte dans la cavité du corps où l'on ne peut le suivre.

Les troubles de compression urétrale et rectale me décident à intervenir.

Opération (14 décembre 1901). — Le chloroforme est administré par le médecin de la malade, le docteur Cochet. Je suis aidé par les docteurs Bertin et Breton. La malade est placée en position inclinée. Incision du pubis à l'ombilic. La vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. L'intestin se laisse facilement récliner par une compresse. Le tire-bouchon implanté dans le fibrome ne parvient pas à l'énucléer. La main pénètre jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas ; mais elle perçoit en ce point une masse développée sous le péritoine, dans le tissu cellulaire du bassin. Je pince et sectionne le bord supérieur du ligament large ; mais, ceci fait, le fibrome ne vient pas plus qu'auparavant. Considérant l'état exellent de santé dans lequel se trouve l'opérée, j'hésite à entreprendre une opération qui sera certainement grave.

Les troubles dus au fibrome consistant en phénomènes de compression des organes pelviens, je décide de tenter la fixation à la paroi abdominale du fibrome désenclavé. La plaie due à l'implantation du tire-bouchon est d'abord fermée par un surjet au catgut, puis le fibrome est fixé à la paroi abdominale par plusieurs points séparés au catgut qui intéressent le bord des muscles droits. Un surjet au catgut ferme le péritoine; des points séparés au catgut réunisssent les droits ; des crins sont placés sur la peau. Pansement stérilisé.

Dans la même séance j'enlève par torsion le polype qui fait saillie entre les lèvres du col et qui s'insère à la partie profonde de la paroi postérieure du col. Je constate par le toucher vaginal que la masse que l'on sentait autrefois en arrière du col est notablement remontée, le col n'a pas changé de situation.

L'examen du fibrome au cours de la laparotomie m'a permis de reconnaître qu'il s'agissait d'une variété molle. Plusieurs petits fibromes pédicules, étaient disséminés à la surface de la masse principale.

Suites. — Simples et apyrétiques (la température axillaire ne dépasse à aucun moment 37°,2), le pouls ne monte pas au-dessus de 90. Le 18 décembre, la malade se plaint de souffrir des fesses. Il existe sur chacune de celles-ci une large eschare. Pansement à la vaseline et au salycilate de bismuth. La malade m'assure qu'elle a souffert des fesses dès le lendemain de l'opération, mais elle ne s'en est pas plaint, croyant que la position immobile sur le dos était la cause de ces douleurs.

Le 19 octobre la sœur applique sur le côté droit, qui est le siège d'une douleur intercostale, une couche de teinture d'iode. Il en résulte une vésication intense, avec large phlyctène, et la cicatrisation ne fut obtenue qu'au bout de quinze jours. La même teinture d'iode fut employée chez d'autres malades et ne détermina aucun trouble.

La miction se fit normalement depuis l'opération ; mais la constipation persista, celle-ci était cependant moins opiniâtre et cédait à l'administration d'un seul lavement. Une fois, la défécation se fit spontanément.

La réunion de la plaie abdominale se fit par première intention.

Les eschares fessières ne se cicatrisèrent qu'au bout de trois semaines.

Février 1903. — Etat général excellent. Les règles jusque-là régu-

lières et d'abondance normale sont actuellement en retard pour la première fois. La miction se fait toujours normalement. En novembre et décembre 1902 la jambe droite a présenté un œdème assez accusé, qui a cédé sous l'influence du massage, mais qui n'a pas encore complètement disparu et qui empêche la malade de faire de longues marches.

Le docteur Cochet, qui m'a transmis ces renseignements sur l'état actuel de la malade, estime que le fibrome a diminué.

OBSERVATION XXI

(Vanverts, *Gazette des hôpitaux civ. et milit.*, mai 1904)

(Communiquée par le docteur Potel)

Jeune fille de vingt ans, ayant depuis longtemps des troubles gastro-intestinaux (dyspepsie, dilation d'estomac, constipation). Depuis un an la malade a présenté huit attaques d'appendicite. Chacune de ces attaques a été traitée par la glace et l'opium et nécessité un séjour au lit de quinze jours à trois semaines.

C'est ce qui décida la malade à se faire opérer.

Opération. — Chlorophorme. Incision de Roux. L'appendice long, est couché en arrière du cœcum. La libération des adhérences est facile. Résection de l'appendice ; enfouissement du moignon. Les manœuvres ont été très minimes. L'opération a été très rapide. Sutures Restauration complète de la paroi, sans drainage.

Suites normales. Pas d'élévation de température. Au sixième jour apparaît sur chaque fesse une eschare grande comme une pièce de 5 francs. Ces deux plaques sont réunies par un pont médian ; lavages antiseptiques. Pansements à la poudre de quinquina et au bismuth. La malade est placée sur un rond en caoutchouc. L'amélioration est rapide. Le sphacèle n'a pas dépassé la couche de Malpighi. La cautérisation est en bonne voie.

OBSERVATION XXII

(Recueillie par Vanverts, de Tillaux. *Le Praticien*, 1886, t. IX, p. 377).

Jeune femme opérée d'un kyste de l'ovaire et semblant devoir guérir très rapidement des lésions produites par l'intervention chirurgi-

cale, sans aucune complication, du moins apparente. Dès les premiers jours surviennent au niveau du sacrum d'abord quelques douleurs, puis une plaque rouge et enfin une eschare qui se détache le vingtième jour en laissant un trou considérable.

« Jusqu'à plus ample informé, dit Tillaux, je n'émets aucune opinion sur la pathogénie de cet accident vraiment extraordinaire ».

OBSERVATION

(De Niaise, recueillie par Vanverts. — In Tillaux, *loc. cit.*)

Observation analogue à la précédente.

OBSERVATION XXII

(Résumée)

(Pinard, *Ann. de gyn.* janvier 1893)

Femme T..., trente-deux ans, Vpare. Bassin oblique ovalaire avec ankylose de l'articulation sacro-iliaque droite. Diamètre promonto-pubien, minimum 8,5 environ.

Première grossesse en 1886-87. Accouche à la maternité de Cochin. Sommet en OIDA, procidence du cordon, application de forceps infructueuse. Version par manœuvres internes ; basiotripsie, tête dernière. Garçon du poids de 4.120 grammes.

Deuxième grossesse en 1887-88. Accouchement prématuré provoqué à huit mois.

Troisième grossesse en 1899-90. Enfant mort.

Quatrième grossesse en 1891. Clinique Baudelocque ; accouchement provoqué ; deux applications de forceps ; procidence du cordon ; enfant mort.

Cinquième grossesse en 1892. DR 15-20 janvier. La femme entre à Baudelocque le 29 septembre et déclare vouloir un enfant vivant.

Premières douleurs, le 8 novembre, à 3 heures de l'après-midi. Le 9, à 5 heures du matin, M. Pinard pratique l'ischio-pubiotomie. Enfant vivant du poids de 3.980 grammes.

L'écartement spontané, après la section de la branche horizontale du pubis, fut de 2 cent. 6 et fut porté à 4 cent. au moins, pendant l'extraction.

Suites de couches : comme complication unique, eschare de la région sacrée, eschare due au décubitus prolongé.

Le 17 novembre, les fils sont enlevés ; réunion par première intention.

Le 20, la malade s'asseoit dans son lit sans éprouver de douleurs.

Le 19 décembre, elle se lève pendant deux heures et aujourd'hui elle se tient debout et marche sans difficulté.

OBSERVATION XXIV

(Frommel, *Iahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und gynäkologie*, 1903)

IIIpare, vingt-meuf ans ; le premier accouchement eut lieu spontanément ; à la fin de la deuxième grossesse, opération césarienne par Zweifel.

Bassin généralement rétréci, conjugé diag. 90.

Commencement des douleurs, le 28 février ; le 2 mars, symphyséotomie. L'enfant se présente par le sommet, il naît en état d'asphyxie et est ranimé au bout d'une demi-heure.

La mère eut pendant les suites de couches, à souffrir d'un décubitus au niveau de la crête iliaque ; fièvre légère.

La malade se lève le 23 mars. Guérison.

OBSERVATION XXV

(Varnier, *Ann. de Gyn.*, janvier 1894)

(XXIIIe symphyséotomie de la clinique Baudelocque)

IVpare, trente-neuf ans. Bassin rachitique canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien 10,5.

1re grossesse terminée par craniotomie, 2e par un forceps, la 3e par par basiotripsie.

Symphyséotomie, forceps, garçon vivant de 3,770 grammes.

Les 6e, 7e et 8e jour, la température oscille autour de 38°.

En retirant la femme du lit spécial, on trouve à la fessse droite, une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs, eschare expliquant la température.

L'opérée se lève le 20e jour, elle ne se plaint que de son eschare qui est large comme une pièce de 5 fr., profonde, en voie de réparation.

Sort le 3 septembre en parfait état quant à son bassin ; marche aussi bien qu'auparavant. L'eschare fessière n'est pas cicatrisée complètement.

Revue en décembre, l'eschare était guérie.

OBSERVATION XXVI

(Bué, *Rev. obstétr. int.* 1er mai 1896)

W... (Lydie), tertipare. Est accouchée une première fois à la clinique obstétricale de Lille en 1890 ; basiotripsie.

Diamètre promonto-sous-pubien 9,8. Sur la face postérieure de la symphyse pubienne, il y a une crête osseuse de près de 1 centimètre.

Fœtus en OIGT ; pas d'engagement ; la symphyséotomie est faite lorsque le col est devenu dilatable ; écartement des pubis : 6 centimètres. Enfant vivant, 2.500 grammes.

Suites de couches normales. Mais il importe de signaler une eschare assez grande dans la région sacrée. L'appareil contentif était un bandage en flanelle faisant plusieurs fois le tour du bassin. Mère et enfants sortis vivants et bien portants.

OBSERVATION XXVII

Bué (*Ibid.*)

L... (Berthe), 23 ans, primipare, rachitique. Bassin rétréci dans tous les sens. Diamètre promonto-sous-pubien 9, 5. Enceinte de 8 mois environ, à son entrée à la clinique ; on se propose de laisser la grossesse suivre son cours et de pratiquer la symphyséotomie à terme.

Mais 15 jours après, à un nouvel examen, le fœtus semble si volumineux que M. le professeur Gaulard se décide à combiner l'accouchement prématuré à la symphyséotomie.

Enfant vivant de 3,320 grammes.

L'opération fut facile ; écartement pubien de 7 centimètres.

La plaie opératoire se guérit par première intention, mais la malade ne tarde pas à se plaindre de vives douleurs au niveau de la région sacro-iliaque gauche. Au toucher, l'extrémité du doigt sent nettement un écartement notable de l'interligne articulaire de cette symphyse ; la pression y est très douloureuse.

En même temps, la température s'élève, oscille entre 38° et 39° pendant plusieurs jours, tombe à 37° pour remonter à 38° de temps à autre. Les lochies n'ont aucune mauvaise odeur ; l'involution utérine se fait normalement.

Avec l'hyperthermie se manifeste une cystite assez intense, suivie d'incontinence d'urine qui persiste encore aujourd'hui (2 mois). Il existe en outre une large eschare de la région sacrée qui n'a qu'une faible tendance à la guérison, quoique la malade se lève depuis 15 jours. Elle marche assez facilement.

OBSERVATION XXVIII

(H. MEYER, *Centralblatt f. gynökologie*, 1895, n° 35)

Vpare. Opérée à la clinique de Göttinguen. La première grossesse est terminée par une perforation ; deux accouchements prématurés provoqués, après version ; un accouchement spontané.

Bassin plat rachitique. Conj. diag. 9,5.

Symphyséotomie le 25 mars 1895. Lésions de l'urètre ; hémorragie qui s'arrête bientôt. Enfant né à l'état de mort apparente, on le ranime.

Suites de couches laborieuses ; trois pansements par jour ; fièvre légère ; œdème de la vulve ; eschare du sacrum.

Le vingt-huitième, la malade se lève ; le pansement est enlevé le trentième, et le trente-sixième jour, la malade sort avec son enfant. L'eschare n'est pas encore tout à fait guérie.

OBSERVATION XXIX

(Bar, *in* thèse D.-A. Michel, Paris, 1897)

Femme Ch..., secondipare, vingt-sept ans.

Réglée à onze ans, régulièrement. Le 10 juin 1893, entre à la clinique de la rue d'Assas, pour une première grossesse à terme. Sommet en OIGA ; tête au-dessus du détroit supérieur et inclinée sur le pariétal postérieur. M. le professeur Tarnier décide de faire une basiotripsie, qui est exécutée par M. Bar.

L'opération est très pénible ; déchirure du col, rigidité spasmodique.

Grossesse actuelle D. R. du 28 mars au 1er avril 1895.

Taille 1m,35 ; membres inférieurs petits, courts, sans autre trace de rachitisme.

Face antérieure du sacrum accessible ; bassin généralement rétréci, aplati d'avant en arrière. Diamètre promonto-sous-pubien : 9,3.

Le 4 févier. — La malade qui a eu les deux jours précédents quelques petites douleurs, présente un col encore long, mou, largement ouvert.

A quatre heures du soir, M. Dubrisay, chef de clinique, introduit le petit ballon de Champetier de Ribes dans le vagin. Les douleurs apparaissent presque aussitôt et se continuent toute la nuit.

Le 5. — D'abord version podalique pour présentation de l'épaule ; puis, à onze heures, symphyséotomie par M Bar. Les jours suivants, rien de particulier.

Le 8. — L'état général de la malade est satisfaisant. Pansement sans odeur ; une injection intra-utérine ne ramène rien.

Sur la fesse droite, une légère eschare.

On sonde la malade ; urine légèrement trouble à la fin de la miction.

Le 9. — Toujours pas d'odeur , la plaie est belle. M. Dubrisay fait un lavage de la vessie ; injection intra-utérine. L'eschare fessière s'accroît ; la malade n'en souffre pas beaucoup.

Le 10. — La malade urine seule.

Le 11. — En faisant le pansement, M. Bar constate que les sutures de la paroi antérieure du vagin n'ont pas tenu. Il existe une vaste

plaie béante faisant communiquer l'articulation de la symphyse et la région postéro-symphysienne. On bourre avec de la gaze iodoformée,

Le 12. — Cystite. Fin de la miction purulente.

Le 14. — L'eschare fessière s'accroît toujours.

Le 16. — L'eschare est large environ comme une pièce de cinq fr. Sur chaque côté des hanches, on constate l'existence de petites érosions causées par la pression de la bande de caoutchouc, qu'on supprime.

Le 17. — L'eschare fessière s'agrandit toujours ; on en touche les bords avec la teinture d'iode. Elle a les dimensions d'une petite paume de main ; la cavité se comble un peu.

Le 20. — L'eschare semble se limiter ; pas de douleur. État général bon ; plus de pus dans les urines.

Le 21 février. — Une nouvelle eschare semble vouloir se former sur la fesse droite.

Le hamac de cuir, faisant souffrir la malade, on le lui enlève. La température diminue.

Le 22. — Etat général satisfaisant ; l'eschare ne s'étend plus. Pansement iodoformé.

Le 23. — La malade a 39°,5, le soir. On refait le pansement; injection intra-utérine qui ne ramène rien.

La malade ne souffre nulle part ; constipation, lavement.

Les tissus sphacélés commencent à s'éliminer.

Le 24. — Les tissus atteints de sphacèle, s'éliminent; la plaie est belle, mais pâle ; on la touche à la teinture d'iode.

Le 27. — La malade n'a pas d'appétit, ne prend que du lait; la plaie bourgeonne ; attouchements à la teinture d'iode.

Le 4 mars. — Même état ; la malade ne mange pas; maigrit; langue sèche, saburrale ; l'eschare va bien ; la plaie pelvienne ne se modifie pas.

Le 6. — L'état général est meilleur; la température est normale ; l'eschare va bien.

Le 7. — Pansement à la poudre de Lucas-Championnière.

Le 9. — L'eschare se comble peu à peu et la plaie antérieure paraît diminuer.

Les jours suivants, l'état se maintient stationnaire ; l'eschare est toujours pansée avec la poudre de Lucas-Championnière ; la plaie pubienne diminue d'étendue ; l'eschare se comble petit à petit.

Le 21. — L'eschare a les dimensions d'une pièce de deux francs, sans profondeur.

Œdème de la jambe droite, œdème mou, pâle, non douloureux.

Le 26. — L'œdème a augmenté ; lourdeur dans les jambes, fourmillement dans les pieds; douleur à la pression au pli de l'aine et dans le mollet; pas de cordon dur, repos, immobilité.

Pendant les jours qui suivent même état général; l'eschare diminue graduellement ; l'œdème de la jambe tend à disparaître.

Le 10 avril. — L'eschare se comble tous les jours.

Le 20. — L'œdème a presque entièrement disparu L'eschare est large comme une pièce de un franc. M. Bar se décide, en raison de la cavité qui persiste entre les deux pubis, à faire la suture osseuse.

Le 22. — Suture osseuse qui ne tient pas.

Le 27. — Etat général excellent. L'eschare fessière diminue chaque jour, pansement à la poudre de Lucas-Championnière.

Le 3 mai. — L'eschare est à peu près guérie, la cavité rétro-pelvienne diminue.

Le 9. — La plaie abdominale est cicatrisée; les pubis sont écartés de près de deux travers de doigt.

L'eschare n'est pas encore complètement guérie.

Bande de caoutchouc pour comprimer le bassin.

Le 11. — On pose un appareil plâtré de Verneuil pour ramener le rapprochement des pubis: il prend le bassin et la cuisse droite.

Le 12. — L'eschare sacrée menaçant de prendre une nouvelle extension, on fait une échancrure au plâtre, au niveau de la région sacrée.

Le 25 mai. — L'escare n'est pas complètement cicatrisée.

Le 4 juin. — Le docteur Michaux constate de l'ostéite des pubis.

Le 11. — La malade quitte le service.

OBSERVATION XXX

(Bar, *In* Thèse D.-A. Michel, Paris, 1897)

Femme D..., vingt-neuf ans, secondipare.

Un premier enfant à terme ; forceps.

Diamètre promonto-sous-pubien 10,5.

D. R., 28 novembre 1895. Premières douleurs, le 24 septembre 1896, à 3 heures du soir.

Inertie utérine ; la tête ne s'engage pas. M. Bar décide qu'on fera

une application de forceps et, si celle-ci ne réussit pas, immédiatement après, symphyséotomie. L'opération a lieu le 26 septembre, à 11 heures du matin. La malade est endormie. M. Bar termine artificiellement, à l'aide de la main, la dilatation de l'orifice utérin. L'application de forceps ne réussit pas ; symphyséotomie, le forceps étant laissé en place. La plaie saigne peu. L'écartement étant insuffisant, on l'accentue avec le disjoncteur de Farabeuf. On atteint ainsi 5 centimtères environ. La tête s'engage en OIDA. Le forceps est enlevé dès que la tête a dépassé la boutonnière du releveur de l'anus. Manœuvre de Ritgen, pour l'extraction de la tête. Pas de suture osseuse ; on se contente de la suture de la peau et du tissu cellulaire en avant de la symphyse. Bourrage de la cavité utérine à la gaze iodoformée ; la malade est ensuite placée dans le hamac de M. le professeur Tarnier.

Les suites opératoires sont bonnes ; pansement deux fois par jour.

1er octobre. — On retire la femme du hamac que l'on remplace par une bande de caoutchouc.

Le 2. — Pansement ; légère éraillure de la peau à la partie supérieure du sacrum ; à la vulve, légère érosion. On touche à la teinture d'iode.

Le 3. — La menace d'eschare ne s'est pas accentuée ; elle est presque cicatrisée.

Le 4. — On retire les fils de la plaie.

OBSERVATION XXXI

Bar (*In* Thèse D.-A. Michel, Paris, 1897)

Femme B..., IVpare, trente-trois ans.

Première grossesse terminée par un forceps (à terme).

Pour la deuxième, accouchement prématuré à 7 mois (ballon) ; la troisième se termine à 8 mois (forceps).

Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien = 9,5.

D. R. 26 décembre 1895, Entre dans le service de gynécologie, le 5 septembre.

Premières douleurs, le 30 septembre, à 7 heures du soir. A 11 h. 15,

rupture spontanée des membranes. La tête est au-dessus du détroit supérieur, dos à droite ; col long, dilatable comme cinq francs.

1er octobre, à une heure du matin, dilatation comme une petite paume de main ; à 3 h. 1/2, symphyséotomie.

Hémorragie du plexus veineux clitoridien, arrêtée par compression au niveau du clitoris. Ecartement de 5 centimètres, à l'aide du disjoncteur, pendant que deux aides soutiennent les trochanters. On tamponne la peau au niveau de la symphyse et, au moment de l'extraction, on s'aperçoit que la tête est descendue dans l'excavation et se trouve placée en OIDA. On laisse réveiller la malade qui a été chloroformée, la tête descend sur le plancher périnéal, les contractions se succèdent régulières et très rapprochées, la femme pousse et on aide à l'expulsion par la manœuvre de Rittgen.

L'enfant, du sexe féminin, naît étonné ; on l'insuffle et il se met à crier au bout de cinq minutes. Poids : 2.950 grammes.

Délivrance artificielle ; la malade perdant un peu de sang, tamponnement de l'utérus et du vagin. Pas de suture osseuse.

La femme est pâle ; pouls petit ; injection sous-cutanée de 300 grammes d'eau salée. L'état s'améliore et on place la malade dans le hamac de M. Tarnier. Trente minutes après, le tampon vulvaire est fortement teintée de sang ; utérus mou, mal contracté ; la femme est un peu agitée, respire difficilement ; traits tirés ; pouls petit et rapide. On défait le pansement et on examine la plaie cutanée ; elle ne saigne pas. Le pansement utérin et vaginal est fortement imbibé de sang. M. Bar introduit la main dans l'utérus, il le vide des caillots qu'il renferme et retire en même temps un cotylédon qui était resté adhérent. Injection intra-utérine très chaude au phénosalyl ; on bourre ensuite fortement l'utérus et le vagin avec de la gaze iodoformée.

La malade est pansée à nouveau et replacée dans le hamac.

1er octobre. — Rien d'anormal dans la matinée. Dans le courant de l'après-midi, tranchées utérines. L'utérus est bien contracté. On sonde la malade et on détamponne légèrement l'utérus.

Le 2. — État général assez bon. Deux pansements par jour ; on sonde chaque fois la malade.

Le 3. — Lochies chocolatées, non fétides ; injection intra-utérine avec de l'eau iodée ; cathétérisme vésical ; douleur persistante de la jambe gauche.

Le 4. — Utérus moins douloureux que la veille. M. Bar fait un curettage et retire des débris en assez grande abondance.

Le même jour, frisson ; la malade claque des dents. T. vaginale, 39°,2. On la réchauffe. La malade se plaint de souffrir de la jambe gauche dès qu'on lui fait subir le moindre mouvement.

Cette douleur est calmée lorsqu'on presse sur les trochanters ; il y a évidemment un peu de diastasis du côté de l'articulation sacro-iliaque gauche. Par le toucher on ne trouve pas de douleur, au niveau de cette articulation.

La plaie symphysienne a bon aspect ; pas d'œdème, ni douleur en avant.

Le 6. — En faisant le pansement, on s'aperçoit qu'il existe au niveau de la fesse droite, une érosion de la largeur d'une pièce de 5 francs. On fait le pansement de la symphyse et ensuite celui de la lésion fessière avec la poudre de Lucas-Championnière.

L'urine est peu louche, les cultures révèlent la présence du streptocoque.

Le 7. — Douleurs vives dans la jambe et spécialement dans la cuisse gauche, dès qu'on imprime le moindre mouvement.

Le 8. — L'eschare, siégeant au niveau de la fesse droite, paraît avoir tendence à s'accroître et a les dimensions d'une pièce de 5 fr. La peau cependant paraît seule intéressée ; néanmoins, comme il paraît y avoir une teinte violacée, M. Bar retire la femme du hamac.

On retire les fils ; œdème des grandes et petites lèvres.

La malade nourrit son enfant, son lait est assez abondant.

Le 9. — État général bon. Plaie cutanée un peu anfractueuse, pas de douleur de la symphyse. L'eschare tend à s'accroître. Injection utérine qui ne ramène rien.

Douleurs toujours vives au niveau de la cuisse et de la jambe gauche. Pied en adduction forcée et rotation en dedans.

Le 10. — Teinte un peu blafarde des tissus vulvaires et vaginaux. Phlegmatia alba dolens. Un peu d'hydarthrose du genou gauche ; jambe enveloppée et placée dans une gouttière.

Le 11. — État sensiblement le même. Jambe de plus en plus œdématiée, douloureuse. L'eschare sacrée n'est pas plus étendue ; elle offre les dimensions d'une petite paume de main. La plaie cutanée a toujours le même aspect anfractueux ; on la touche à la teinture d'iode.

Le 12. — La malade est isolée; œdème de la jambe gauche stationnaire, douleurs.

Le 13 — Eschare stationnaire ; gaze iodoformée.

Le 16. — Plaie symphysienne blafarde ; il s'en écoule un peu de liquide séreux. Pansement de l'eschare à l'iodoforme, cautérisation de la symphyse à la teinture d'iode. Membre inférieur gauche plus volumineux et plus douloureux.

Le 18. — Plaie symphysienne, même état ; membre inférieur idem. La malade urine spontanément. Eschare blanchâtre à la cuisse gauche. Celle de la fesse ne paraît pas s'aggraver.

Le 21. — Urines albumineuses ; régime lacté absolu. L'eschare de la cuisse est plus blafarde, les tissus paraissent se creuser. Cautérisation à la teinture d'iode.

Le 23. — L'œdème des organes génitaux est moins accentué. Jambe gauche moins douloureuse ; urines moins albumineuses ; douleur du membre inférieur droit.

Le 24. — Agitation. L'eschare de la fesse paraît plus grande ; on applique une plaque de caoutchouc en permanence.

Le 26. — Eschares en voie de guérison.

Le 28. — Disparition de l'œdème de la jambe gauche ; bourgeonnement de la plaie symphysienne.

Le 29. — La malade se plaint de son eschare fessière. Symphyse en assez bon état.

Le 30. — L'eschare fessière est plus anfractueuse que la veille ; malade très agitée.

Le 1er novembre. - Cautérisation de l'eschare au nitrate d'argent. Nuit mauvaise.

Le 4. — M. Tarnier fait panser l'eschare avec du salol.

Le 6. — Plaie symphysienne presque cicatrisée.

Le 10. — L'eschare n'existe plus que sur une étendue de 2 ou 3 centimètres.

OBSERVATION XXVII

(Maygrier, *in* th. D.-A. Michel, Paris, 1897)

Femme F..., primipare, trente-cinq ans.

Rien de particulier dans ses antécédents.

D. R. Du 12 au 15 juillet 1896. Entre, le 12 avril, à la Maternité de Lariboisière.

A l'examen, pas de signes extérieurs de rachitisme sinon une légère incurvation des tibias ; les fémurs sont un peu arqués. Taille 1 mètre 44. Ventre saillant, en obusier. Le bassin semble être en assez forte antéversion.

Le sacrum est profondément excavé inférieurement ; les premières pièces sont très inclinées en bas et en arrière. Le vrai promontoire est facilement accessible et la ligne innominée présente des encoches avec des parties saillantes.

Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,5 ; conjugué vrai, 8.

La grossesse est d'un peu plus de huit mois et demi. Présentation du sommet en OIDT, tête très mobile.

M. Maygrier décide de provoquer l'accouchement avant terme.

Le 14 avril. — On applique successivement deux ballons Tarnier qui éclatent ; sonde de Krause ; les premières douleurs commencent dans la soirée.

Le 15. — On introduit un ballon de Champetier de Ribes, de moyen volume ; les douleurs apparaissent assez régulières et la dilatation s'effectue progressivement.

Le 16. — A deux heures et demie du matin, rupture spontanée des membranes ; liquide amniotique teinté de méconium.

Dilatation d'un peu plus de 5 francs.

A quatre heures et demie, le ballon est tombé dans le vagin et la dilatation est d'environ une petite paume de main.

A cinq heures et demie, M. Tissier, interne, place deux branches de l'écarteur Tarnier.

A douze heures dix, gros ballon de Champetier dans le vagin ; douleurs plus fortes survenant toutes les cinq minutes.

A trois heures on enlève le ballon de Champetier et on replace l'écarteur de Tarnier.

A cinq heures vingt, symphyséotomie, après une application infructueuse de forceps au détroit supérieur, sur la tête en OIGT, par M. Maygrier.

L'opération se termine par une application de forceps. Avant même que la tête vienne appuyer sur le périnée, les téguments éclatent

jusqu'à la marge de l'anus. L'écartement des pubis est de cinq centimètres et demi.

Enfant mâle, vivant, 3.340 grammes.

Déchirure de la paroi antérieure du vagin ; le doigt introduit dans la plaie apparaît derrière le pubis, au fond de l'incision opératoire. La paroi vaginale postérieure et le périnée sont profondément intéressés ; le sphincter anal est intact ainsi que la vessie et l'urétre. Déchirure du col de l'utérus, suture des parties molles. Pansement iodoformé.

Suites opératoires.—Malade très faible ; douleurs lombaires. 3 pansements dans la journée ; injection au sublimé ; mèche iodoformée.

Le 18 avril. — Nuit agitée ; 38°,2. — Quatre pansements vaginaux. — Champagne ; potion de Todd ; éther et oxygène.

Le 19. — Dyspnée ; agitation ; douleurs vives dans les reins et la jambe gauche.

A neuf heures du matin, frisson violent suivi d'une élevation de température à 40° 8. Le soir, la température est redescendue à 38°,8 et l'état général s'est un peu amélioré.

Le 20. — Nuit mauvaise. Température du matin 37°, 8. Le soir, à 6 heures, frisson avec ascension à 40°,9 ; pouls 150.

Quelques rares accès de dyspnée que ne justifie aucune lésion pulmonaire. Les parois vaginales sont couvertes d'eschares très superficielles ; on les touche avec la teinture d'iode.

Le 21. — Nuit plus calme ; état général meilleur.

Le 22. — Etat stationnaire. Un liquide purulent et fétide s'écoule du vagin à chaque pansement, les eschares se détachent.

Le 23. — Très léger nuage d'albumine dans l'urine.

Etat général meilleur, cathétérisme vésical.

Le 24. — L'état général continue à s'améliorer ; douleurs dans la cuisse et la jambe droite.

Le 25. — En faisant le pansement on se trouve en présence d'une eschare de la région sacrée, de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Cette eschare est située sur la ligne médiane ; elle est un peu profonde.

Les jours suivants, douleurs dans les membres inférieurs. L'eschare est douloureuse et augmente progressivement d'étendue et de profondeur.

Le 1er mai. — L'eschare est comme une petite paume de main ; gaze iodoformée.

Le 3. — L'escharc fait souffrir le malade. Incontinence des matières fécales.

Le 12 — Menace d'eschare au trochanter gauche. L'eschare sacrée est comme une grande paume de main ; sacrum à nu au fond de la plaie. Poudre de Lucas-Championnière.

Le 13 — Nouvelle eschare trochantérienne à côté de l'ancienne.

Le 14. – Troisième eschare trochantérienne; teinture d'iode.

Le 17. — Rougeur sur la fesse droite et sur la malléole externe du même côté ; teinture d'iode.

Le 20. — Les menaces d'escares secondaires sont à peu près guéries.

A partir de ce moment amélioration progressive de l'état général.

Pansement de l'eschare sacrée avec la poudre de Lucas-Champ.

Le 4 juin. — Hydartrose du genou droit.

Le 18. — Frisson ; 38°,4 ; abcès région trochantérienne droite, incision.

Le 22. — Abcès à peu près guéri.

L'eschare sacrée diminue toujours ; elle n'est plus que comme cinq francs ; la guérison n'est plus qu'une question de jours.

BIBLIOGRAPHIE

Bar (P.). — In D. Michel: Le décubitus acutus comme complication de la symphyséotomie (Thèse de Paris, juillet 1897, n° 548, observations VII, VIII et IX, p. 37 et suivantes).

Baudron (E.). — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes (Thèse de de Paris, mai 1894).

Broca (P.). — Production rapide des eschares au sacrum chez les alcooliques (Gazette des hôpitaux, Paris, 1878, t. LI, p. 99).

Bué (V.). — La symphyséotomie à la clinique obstétricale de Lilel (Revue obstétricale internationale, Toulouse, 1895, t. I, p. 113).

Charriot (J. M.). – Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris, 2me édition 1875, tome 1, page 3 et 5me édition 1884, tome 1, page 82.

Legueu (F.) .— Des eschares sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale (Congrès périodique de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie. 1re session, Bordeaux 1895, p. 445).

Lemaire (L.). — Le décubitus aigu dans l'alcoolisme chronique (Thèse de Paris, février 1877, n° 42).

Leprevost (F.). — Des gangrènes consécutives aux résections sacro-coccygiennes, VIme Congrès français de chirurgie (Paris 1892 p.52.)

Championoière (J. Lucas) — In. V. Thésée : Du décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale (Thèse de Paris, juillet 1897, n° 246, observation XIV, page 64).

Meyer (H.). – Eine symphyséotomie (Centralblatt fon gynecologie, 1895, t. XIX, p. 937).

NICAISE (E.). — Cité par Routier in Tillaux (voir plus bas).

PINARD (A.). — De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabœuf (Bulletin de l'académie de médecine, Paris 1893, 3me série, tome XXXIX, p. 27.

ROUTIER (A.). — Décubitus acutus: escharės sacrées à la suite d'hystérectomie vaginale pour pyosalpinx (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris 1897. Tome XXIII p. 178.

SAMUEL. — Die trophischen nerven, Leipsig 1860.

SEGOND. — Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, Paris 1897, tome 1, p. 59).

SEGOND. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes, (Cinquième congrès français de chirurgie, Paris, 1891 p. 213).

TERRIER (F.) et HARTMANN. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus. (Revue de chirurgie, Paris 1892. Tome XII p. 295).

TILLAUX (P.). — D'une escharе au sacrum, à la suite d'une ovariotomie (Le Praticien, Paris, 1886, t. IX, p. 397).

VARNIER. — In A. Pinard. De la symphynotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année .1893 (Annales de gynécologie et d'obstétrique, Paris, 1894, t. XLI, page 11).

VILLAR (Fr.). — Escharе sacrée à la suite d'hystérectomie vaginale (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux ; 8 octobre 1895, in journal de médecine de Bordeaux 1895. Tome XXV, p. 486).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juin 1904.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 17 juin 1904.
Le Recteur,
A. BENOIST.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS

TABLEAU SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS

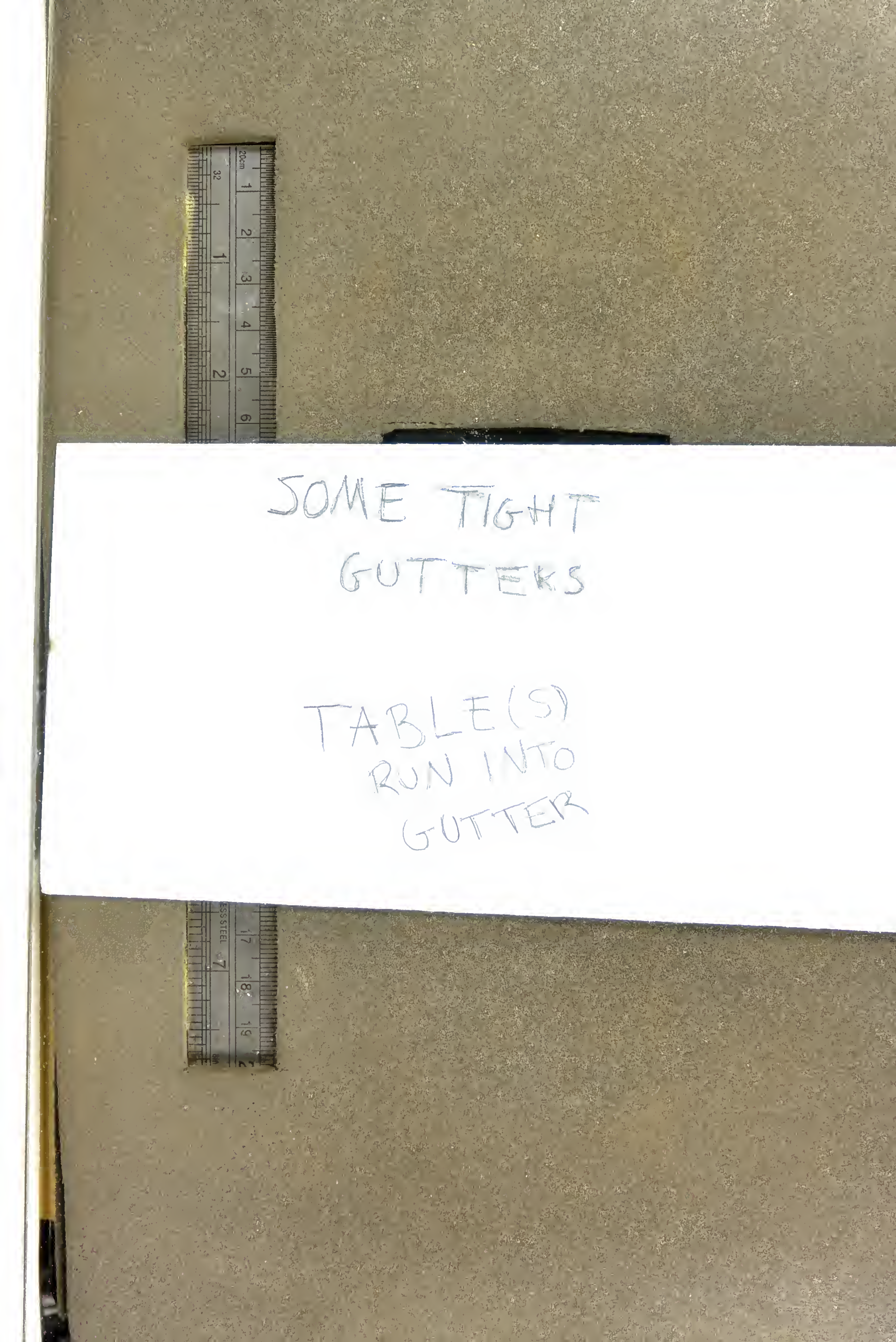
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	AGE NATURE DE LA MALADIE	OPÉRATIONS	DATE DE L'APPARITION de l'eschare	SIÈGE. ÉTENDUE PROFONDEUR DE L'ESCHARE	TRAITEMENT	DÉLAI DE GUÉRISON
BAUDRON, *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus* (Thèse de Paris, 1894.)	**29 ans.** — Hémato-salpynx droit Salpingite suppurée et ovaire sclérokystique droit.	Hystérectomie vaginale. 35 minutes.	5e jour après l'opération	Eschare large au sacrum.	?	2 mois, du 28 août au 28 octobre.
—	**36 ans.** — Ovaires sclérokystiques. Salpingite interstitielle double.	— 20 minutes.	4e jour	Sacrum et fesse gauche, dimension de la main, plaque rouge, le lendemain eschare profonde.	?	1 mois.
—	**32 ans.** — Pyosalpynx gauche.	— 20 minutes	3e jour	Sacrum à droite.	?	—
—	**19 ans.** — Infection puerpérale. Infiltration purulente de tout le tissu cellulaire pelvien. Pyosalpinx double.	— 1 heure	7e jour	Fesse gauche.	?	—
—	**33 ans.** — Salpingite parenchymateuse double. Ovaire droit kystique	—	5e jour	Pièce de 5 francs.	?	25 jours.
—	**24 ans.** — Hématocèle suppurée. Pyosalpinx double. Abcès des deux ovaires.	— 40 minutes.	3e jour	Région sacrée.	Poudre de tannin, lavages au chloral.	55 jours, du 12 août au 7 octobre.
TERRIER et HARTMANN, *Revue de Chirurgie*, 1892.	**24 ans.** — Epithélioma pavimenteux lobulé.	— 1 heure 10.	7e jour	Sacrum, eschare très profonde et presque de la largeur de la main.	?	1 mois et demi après son apparition, l'eschare persiste, mort 2 mois après l'opération.
—	**34 ans.** — Epithélioma.	—	3e jour	Aux deux fesses.	?	N'est pas cicatrisée après 1 mois.
—	**39 ans.** — Epithélioma.	—	12e jour	Fesses, eschares très étendues.	?	Mort au 52e jour l'eschare n'est pas cicatrisée
—	**63 ans.** — Epithélioma	— 50 minutes.	5e jour	Sacrum, eschare petite.	?	Guérie au 15e jour.
—	**41 ans.** — Métrite chronique hypertrophique.	— n'a pas duré 20 min.	?	Eschare au sacrum.	?	Guérie au 20e jour.
LEGUEU, Congrès gynécologique de Bordeaux, 1895.	**22 ans** — Suppuration pelvienne bilatérale.	— opération difficile.	4e jour	Sacrum, 5 francs s'étend ; laisse large plaie, paume de la main.	Pansements humides fréquents.	Environ deux mois.
—	**40 ans.** — Volumineux fibrome pelvien.	— opération laborieuse. 1 heure et demie.	6e jour	Sacrum, surtout à gauche, phlegmon de la fesse gauche	—	Guérison 1 mois.
THÉSÉE, *Le decubitus acutus, complication de l'hystérectomie vaginale.* (Thèse de Paris, 1897.)	**24 ans** (domestique). — Fibrome utérin.	— durée et difficulté	—	Sacrum, paume de main, peau entièrement détruite. n'a pas de	Poudre de Lucas-Cham[illegible]	Mort 9 jours après l'opération. [illegible]

Forgue).	...rinée. Métrite hémorragique.	colpopérinéorrhaphie		...	...me iodoformée	
LAMBRET (Service du professeur Folet).	27 ans — Annexite double.	Hystérectomie vaginale.	5e jour	Fesse droite, longeur 8 à 10 cent., largeur 4 à 5 cent., Dénudation de toute la moitié droite du sacrum.	Pansements boriqués, coussin à air.	47 jours après l'apparit. de l'eschare, il persiste une ulcération, dimension d'une pièce de 5 francs.
VANVERTS, *Gazette des hôpitaux*, 10 mai 1904.	35 ans.— Éventration. Néphroptose droite. Entérocolite. Périmétrite immobilisant un utérus anciennement infecté.	Laparotomie cure radicale de l'éventration.	7e jour	Milieu du sacrum 5 francs.	Iodoforme, acide picrique, calomel.	1 mois.
—	42 ans. — Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus.	Laparotomie hystéropexie abdominale.	4e jour	Sur les deux fesses larges eschares.	Pansements à la vaseline et au salicylate de bismuth.	3 semaines
— (Communiqué par le Dr Potel).	20 ans. — Appendicite.	Incision de Roux. Résection de l'appendice. Opération facile, rapide	6e jour	Sur chaque fesse 2 eschares larges de 5 francs et reliées par un pont médian, sphacèle de la couche de Malpighi.	Lavages antiseptiques, poudre de quinquina, bismuth.	15 jours.
— (De Tillaux, *Le Praticien*, 1886).	Jeune femme.— Kyste de l'ovaire	Ovariotomie.	Les 1rs jours	Sacrum, trou considérable.	?	35 jours.
MICHEL. professeur agrégé (Service du professeur Gross).	31 ans. — Fibrome de l'utérus.	Hystérectomie abdominale totale. (difficile)	Le 2e jour	Sacrum, paume de la main.	Salol.	Mort
MICHEL (D.-Auguste). *Décubitus acutus et symphyséotomie.* (Thèse de Paris.)	32 ans.— Vpare. D. P. P., minimum = 8,5.	Symphyséotomie.	?	Eschare sacrée	?	1 mois.
»	29 ans.— IIpare, conjugué diagonal = 90.	—	?	Eschare sur la crête iliaque.	?	—
»	39 ans. IVpare. D. P. P. = 10,5.	—	6e jour	Eschare, fosse droite, 5 francs.	?	1 mois et demi.
»	IIpare, D. P. P. = 9,8.	—	?	Eschare sacrée assez grande, large eschare sacrée.	?	Peu de tendance à la guérison ?
»	23 ans.— Ipare, D.P.P. = 9.5.	—	?	Eschare sacrée.	?	Existe encore au 36e jour.
»	27 ans.— IIpare, D.P.P. = 9,3.	—	3e jour	Eschare sacrée profonde, paume de main, eschare fesse droite.	Poudre de Lucas-Championnière.	Existe encore au 4e mois.
»	29 ans. — IIpare, D. P. P. = 10,5.	—	7e jour	Légère éraillure au sacrum.	Teinture d'iode.	2 jours après.
»	33 ans. — IVpare, D. P. P. = 9,5.	—	5e jour	Eschare sacrée profonde, paume de main, eschare légère à la cuisse gauche.	Poudre de Lucas-Championnière, iodoforme, teinture d'iode, nitrate d'argent, salol.	1 mois après l'eschare sacrée en voie de guérison, mesure encore 2 ou 3 cent.
»	35 ans. — Ipare, D. P. P. = 9,5. D. conj. vrai = 8.	—	10e jours	Eschare sacrée médiane, sacrum à nu, grande paume de main, 3 légères eschares au trochanter gauche.	Poudre de Lucas-Championnière.	1 mois après l'eschare sacrée en voie de guérison a encore les dimensions d'une pièce de 5 fr
»	Vpare conj diag. = 9.5.	—	?	Eschare au sacrum.	?	Non guérie au 30e jour.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendraï à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !


SOME TIGHT GUTTERS
TABLE(S) RUN INTO GUTTER